

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

VANESSA MENEZES CATALAN

**A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO, PRAZER E SOFRIMENTO DA ENFERMAGEM:
estudo de caso em uma unidade de internação hospitalar**

Porto Alegre

2012

VANESSA MENEZES CATALAN

**A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO, PRAZER E SOFRIMENTO DA ENFERMAGEM:
estudo de caso em uma unidade de internação hospitalar**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e organização do Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Liana Lautert

Porto Alegre

2012

CIP - Catalogação na Publicação

Catalan, Vanessa Menezes

A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO, PRAZER E SOFRIMENTO DA ENFERMAGEM: estudo de caso em uma unidade de internação hospitalar / Vanessa Menezes Catalan. -- 2012.

98 f.

Orientadora: Liana Lautert.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Saúde do trabalhador. 2. Psicodinâmica do Trabalho. 3. Recursos Humanos em Saúde. 4. Enfermagem. I. Lautert, Liana, orient. II. Título.

VANESSA MENEZES CATALAN

**A organização do trabalho, prazer e sofrimento da enfermagem: estudo
de caso em uma Unidade de Internação Hospitalar.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como
requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 13 de setembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Liana Lautert
Presidente da banca – Orientadora
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck
Membro da Banca
UFSM



Profa. Dra. Daiane Dal Pai
Membro da Banca
EENF/UFRGS

Dedico esta dissertação

*À coragem dos trabalhadores da Unidade de
Pneumologia e Cirurgia Torácica do HNSC e
a minha família pelo amor incondicional.*

AGRADECIMENTOS

À Deus pela minha vida e pelas oportunidades que possibilitaram o meu crescimento a cada dia.

A minha família pelo amor incondicional mesmo neste momento em que fui um pouco ausente.

Aos meus queridos amigos pelas palavras de carinho e pelo apoio diante dos obstáculos dessa caminhada. Em especial, Elen, Marcelo, Juliana, Ana Paula e Ana Cláudia.

As minhas queridas amigas, digo, irmãs, Andréia, Joannie e Bárbara com as quais fui presenteada no curso de mestrado: as levarei comigo para o resto da vida.

A minha orientadora, Dra. Liana Lautert pelo acolhimento, ensinamentos e por ter acreditado no meu potencial.

Aos meus colegas de trabalho do Hospital Nossa Senhora da Conceição pelo comprometimento e apoio para que eu pudesse terminar essa dissertação.

Aos meus pacientes pelo aprendizado que me foi proporcionado. Aos trabalhadores da equipe de enfermagem da Unidade de Pneumologia e Cirurgia Torácica pela coragem e comprometimento diante das dificuldades.

À Priscila e à Tamyres pelo apoio na transcrição das entrevistas e na formatação da dissertação.

OBRIGADO A TODOS!

*“A maior riqueza do homem é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como sou – eu Não aceito.
[...] Perdoai
Mas eu preciso ser Outros.
Eu penso renovar o homem
usando borboletas”.*

Manoel de Barros

RESUMO

A presente investigação teve por objetivo compreender, a partir do referencial teórico da psicodinâmica do trabalho, a relação entre a organização do trabalho e o prazer e/ou sofrimento da equipe de enfermagem de uma unidade de internação adulto de um hospital público de ensino. Realizou-se um estudo com abordagem qualitativa que seguiu os pressupostos metodológicos de estudo de caso. Utilizou-se as técnicas de pesquisa entrevista, observação e pesquisa documental dos últimos doze meses que antecederam as entrevistas. A coleta de dados foi realizada no período entre maio e junho de 2011. Entrevistou-se 18 sujeitos (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) selecionados intencionalmente, cujo número foi definido por saturação dos dados. Nas observações acompanhou-se o trabalho da equipe de enfermagem em todos os turnos priorizando os aspectos da organização do trabalho e os comportamentos dos profissionais com os colegas, pacientes e familiares ou outros profissionais. Para a organização dos dados o conteúdo das entrevistas foi submetido a análise temática. Após, realizou-se a triangulação das informações das entrevistas, das observações e da pesquisa documental, sendo analisadas sob o referencial teórico da psicodinâmica do trabalho. Obteve-se a aprovação do comitê de ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre/RS (nº 11-014). Os entrevistados tinham idade entre 22 e 60 anos (média de 35 anos), com média de tempo de trabalho na unidade de 6,76 anos. Do tratamento dos dados emergiram cinco categorias: a organização do trabalho na unidade, fatores de prazer no trabalho, fatores de sofrimento no trabalho, estratégias de enfrentamento do sofrimento e sugestões de melhorias. A primeira categoria revelou aspectos da organização do trabalho relacionados à fragmentação do trabalho, a imprevisibilidade e a sobrecarga do trabalho. A segunda categoria apresentou o trabalho em equipe e a melhora do paciente resultante do trabalho bem feito como fatos geradores de prazer no trabalho para esses trabalhadores. A terceira categoria contemplou sentimentos e situações referentes à morte e/ou mau prognóstico do paciente, a falta de reconhecimento do trabalho da enfermagem pelos pacientes, familiares e pela própria chefia, o medo do

erro e o sentimento de impotência. A quarta categoria apontou o trabalho em equipe e as estratégias de enfrentamento individuais e coletivas como fundamentais no enfrentamento do sofrimento no trabalho. A quinta e última categoria surgiu a partir das sugestões para melhoria do trabalho na unidade, as quais foram referentes a adequação da estrutura física e dimensionamento de pessoal. Verificou-se que o trabalho em equipe da enfermagem ultrapassa os preceitos da convivência em grupo de trabalho, e revela-se como um processo dinâmico permeado por relações afetivas e organizacionais que tem a confiança e a cooperação entre os pares como elementos essenciais. Apesar deste arranjo, houve indicativo da existência de sofrimento entre os participantes do estudo, o que sugere que por vezes as estratégias isoladas das equipes são insuficientes para abarcar a complexidade do trabalho da enfermagem. Assim, ações institucionais voltadas à organização do trabalho e que contemplem a subjetividade do trabalhador poderão ser alternativas viáveis para tentar alterar essa situação.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Psicodinâmica do trabalho. Recursos Humanos em saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

This research aims to understand, from the psychodynamics of work theory, the relationship between the work's organization and pleasure and / or suffering of the nursing staff of one impatient care unit of a public teaching hospital. A study was conducted with a qualitative approach that followed the methodological assumptions of case study. We were used the research's techniques interviews, observation and documentary research of the last twelve months preceding the interviews. Data collection was conducted between May and June 2011. We interviewed 18 subjects (nurses, technicians and nursing assistants) intentionally selected, whose number was determined by data saturation. In the observation it was accompanied the work of the nursing staff on all shifts prioritizing aspects of work's organization and professionals' behavior with colleagues, patients, family's patients or other professionals. To organize the data the interviews' content were subjected to thematic analysis. After, there was the triangulation of information from interviews, observations and documentary research, and analyzed under the psychodynamic of work theory. Approval was obtained from the Ethics and Research Committee of the Hospital Nossa Senhora da Conceição of Porto Alegre / RS (No. 11-014). Respondents were aged between 22 and 60 years (mean 35 years), mean time working in the unit of 6.76 years. Of the data's treatment emerged five categories: the work's organization in the unit, pleasure factors in work, suffering factors at work, coping strategies of suffering, and suggestions for improvements. The first group showed aspects of work's organization related to the fragmentation of work, the unpredictability and work overload. The second category revealed the team work and the patient improvement derived from a job well done as triggering events of pleasure factors at work for these workers. The third category included situations and feelings regarding death and / or poor prognosis of the patient, the lack of recognition of nursing work by patients, family members and by the head, the fear of error and powerlessness. The fourth category pointed to the teamwork and the individual and collective coping strategies as a fundamental in the face of suffering at work. The fifth and last category emerged from the suggestions for improving the work in the unit, which were related to

the adequacy of the physical structure and personnel downsizing. It was found that nursing work in a team exceeds the precepts of living together as a team work, and reveals itself as a dynamic process permeated by organizational relationships and that has the confidence and cooperation among peers as essential elements. Despite this arrangement, there was also evidence of suffering among the study participants, suggesting that sometimes the individual strategies of teams are insufficient to cover the complexity of nursing work. Thus, actions aimed at the work's organization and that consider the workers subjectivity may be viable alternatives to try to change this situation.

Key words: Occupational Health. Psychodynamics of work. Health Manpower. Nursing.

RESÚMEN

El objetivo de esta investigación fue comprender, dentro de la teoría de la psicodinámica del trabajo, la relación entre la organización del trabajo y el placer y / o el sufrimiento del equipo de enfermería de unidad de internación de adultos de un hospital público docente. Fue realizado un estudio con un enfoque cualitativo que siguió a los supuestos metodológicos del estudio de caso. Fueron utilizadas las técnicas de investigación entrevista, observación e investigación documental de los últimos doce meses anteriores a la investigación. Los datos fueron colectados entre mayo y junio de 2011. Se entrevistó a 18 sujetos (enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería) seleccionados de forma intencional, cuyo número se determinó por la saturación de los datos. En las observaciones se acompañó el trabajo del personal de enfermería en todos los turnos dando prioridad a los aspectos de la organización del trabajo y comportamiento de los profesionales con colegas, pacientes, familiares y otros profesionales. El contenido de los datos de las entrevistas fueron organizados por el análisis temática. Después, se realizó la triangulación de las informaciones de las entrevistas, de las observaciones y de la investigación documental. Los datos fueron analizados dentro de la teoría de la psicodinámica del trabajo. Se obtuvo la aprobación del comité de ética en investigación del Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre / RS (N ° 11-014). Los entrevistados tenían edades comprendidas entre 22 y 60 años (media 35 años), la media de tiempo de trabajo en la unidad fue de 6.76 años. Del procesamiento de los datos surgieron cinco categorías: la organización del trabajo en la unidad, factores de placer en el trabajo, factores de sufrimiento en el trabajo, las estrategias de afrontamiento del sufrimiento, y propuestas de mejora. El primer grupo mostró aspectos de la organización del trabajo relacionados con la fragmentación del trabajo, la imprevisibilidad y la sobrecarga del trabajo. La segunda categoría incluye el trabajo en equipo y la mejora del paciente resultante de un trabajo bien hecho como factores desencadenantes de placer en el trabajo para estos trabajadores. La tercera categoría reveló las situaciones y sentimientos sobre la muerte y / o mal pronóstico del paciente, la falta de reconocimiento del trabajo de enfermería por los pacientes,

familiares y por el jefe, el miedo al error y el sentimiento de impotencia. La cuarta categoría destacó el trabajo en equipo y las estrategias de afrontamiento individuales y colectivas como fundamentales para hacer frente con el sufrimiento del trabajo. La quinta y última categoría emergió de las sugerencias para mejorar el trabajo en la unidad, las cuales estaban relacionados con la adecuación de la estructura física y dimensionamiento de personal. Se verificó que el trabajo de enfermería en equipo supera a los preceptos de la convivencia como un trabajo en equipo, y se revela como un proceso dinámico permeado por las relaciones de la organización y que goza de la confianza y la cooperación entre pares como elementos esenciales. A pesar de esta disposición, también hubo evidencia de sufrimiento entre los participantes del estudio, lo que sugiere que a veces las estrategias aisladas de los equipos no son suficientes para abarcar la complejidad del trabajo de enfermería. Así, las acciones institucionales encaminadas a la organización del trabajo y que considere la subjetividad de los trabajadores pueden ser alternativas viables para tratar de cambiar esta situación.

Palabras claves: Salud Laboral. Psicodinámica del Trabajo. Recursos Humanos en Salud. Enfermería.

LISTA DE QUADROS E ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Distribuição dos participantes das entrevistas segundo o turno de trabalho, Porto Alegre, 2012.....	33
Quadro 2 - Distribuição das categorias temáticas, subcategorias e temas que emergiram dos materiais das entrevistas, pesquisa documental e observação. Porto Alegre, 2012	48
Ilustração 1 - Organograma do gerenciamento das equipes de enfermagem do HNSC, Porto Alegre, 2012	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de ocupação dos leitos e tempo de permanência dos pacientes internados do HNSC e da UIP, Porto Alegre, 2011	37
Tabela 2 - Média do tempo de trabalho dos trabalhadores de enfermagem entrevistados da UIP, Porto Alegre, 2011	45
Tabela 3 – Número de dias de Afastamento em 12 meses por doença (ATM) dos profissionais de enfermagem do HNSC e da UIP , Porto Alegre, 2011	46

LISTA DE SIGLAS

ATM	Atestado médico
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DRC	Doenças Respiratórias Crônicas
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GISO	Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional
HCC	Hospital da Criança Conceição
HCR	Hospital Cristo Redentor
HF	Hospital Fêmeina
HNSC	Hospital Nossa Senhora Conceição
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAIR	Perda Auditiva pelo Ruído
RT	Responsável Técnico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UIP	Unidade de Internação de Pacientes
VRE	<i>Enterococos</i> resistente à Vancomicina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 OBJETIVO.....	22
2.1 Objetivo Geral.....	22
2.1 Objetivos Específicos	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1 Psicodinâmica do Trabalho.....	23
3.2 O Trabalho da Enfermagem Hospitalar	25
3.3 A Saúde do Trabalhador de Enfermagem	27
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	29
4.1 Campo, Contexto e Sujeitos do Estudo.....	29
4.2 Coleta de Dados.....	31
4.2.1 Pesquisa Documental	31
4.2.2 Observação	31
4.2.3 Entrevista	32
4.3 Análise dos Dados.....	34
4.4 Considerações Bioéticas	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
5.1 A Unidade de Pneumologia e Cirurgia Torácica	36
5.1.1 Características da Unidade	37
5.1.2 A Equipe de Enfermagem	43
5.2 A Organização do Trabalho na Unidade.....	49
5.2.1 A Fragmentação do Trabalho: Individualismo das Equipes e o Improviso.....	50
5.2.2 A Imprevisibilidade.....	51
5.2.3 A Sobrecarga de Trabalho.....	54
5.3 Fatores de Prazer no Trabalho.....	56
5.3.1 O Trabalho em equipe: Valorização do Trabalho pelos Colegas.....	57
5.3.2 A Melhora do paciente: Resultado do Trabalho Bem Feito.....	60
5.4 Fatores de Sofrimento no Trabalho.....	61
5.4.1 A Morte ou Mau Prognóstico do Paciente	62

5.4.2 A Falta de Reconhecimento da Chefia de Enfermagem, dos Pacientes e dos Familiares.....	64
5.4.3 O Medo do Erro pela Sobrecarga de Atividades.....	65
5.4.4 O Sentimento de Impotência.....	67
5.5 Estratégias de Enfrentamento do Sofrimento.....	70
5.5.1 O Trabalho em Equipe: a União da Equipe do Turno de Trabalho.....	70
5.5.2 Dar Conta do Trabalho e Superar Dificuldades.....	73
5.6 Melhoria do Trabalho na Unidade	75
5.6.1 Adequação da Estrutura Física e Dimensionamento de Pessoal	76
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA.....	94
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	95
APÊNDICE C – TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO USO DOS DADOS.....	96
ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM - COMPESQ/UFRGS.....	97
ANEXO B- CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO – CEP/HNSC.....	98

1 INTRODUÇÃO

A introdução de novas tecnologias no trabalho desencadeou uma série de efeitos sociais os quais repercutiram nos processos e condições laborais, na qualificação da força de trabalho e em conseqüência na saúde dos trabalhadores (CIMBALISTA, 2002). Os avanços tecnológicos e científicos buscam novos modelos da organização do trabalho e padrões de especialização das economias, o que, por vezes, implica em inevitáveis tensões sociais. Após três séculos de predomínio da sociedade industrial, o trabalho passou a assumir um caráter crescentemente intelectual, opondo-se ao trabalho braçal ou manual do modelo fordista/taylorista de produção, assim, a informação enquanto produto do trabalho evidencia a importância do trabalho não material, contrapondo a idéia do trabalho transformando a natureza (ZEM-MASCARENHAS; CASSIANI, 2001). Dessa forma, o trabalhador passa a ser cada vez mais exigido quanto à aprendizagem de novas habilidades físicas e intelectuais, além de qualificações para lidar com os novos modelos de organização, atividade e ambiente em conseqüência das exigências do posto de trabalho.

O trabalho imaterial é uma dimensão em ascensão no atual mundo do trabalho. Nos serviços de saúde, o trabalho imaterial refere-se, essencialmente, aos cuidados afetivos, as relações interpessoais, ao apoio social, enfim ações que geram bem estar à pessoa que esta sendo atendida (HARDT; NEGRI, 2006). Nesse sentido, Mansano (2009, p. 515) refere que o trabalho imaterial,

[...] está presente em todas as profissões, desde aquelas que exigem maior habilidade para a criação, produção de conhecimento e contatos sociais, até aquelas que demandam majoritariamente a força física dirigida para atividades repetitivas e rotineiras. Há entre esses dois extremos uma diferença proporcional, visto que atualmente qualquer tipo de atividade profissional exigirá um trânsito entre o trabalho material e o imaterial.

Assim, é complexo mensurar o trabalho da equipe de enfermagem em todos os seus aspectos, uma vez que além dos serviços técnicos e administrativos específicos da área, inclui também relações e interações humanas, produzindo bens intangíveis

que caracterizam um trabalho imaterial: bens que são consumidos ao mesmo tempo em que são produzidos.

O espaço de trabalho que é permeado por relações organizacionais caracterizadas por relações humanas, sociais e hierárquicas com situações de conflito, pode tornar-se um ambiente tenso e desestimulante, podendo causar adoecimento (NEGELISKII, 2010). No entanto, a origem e o efeito das fontes ocupacionais que geram adoecimento dos trabalhadores são plurais, o que torna complexa a tarefa de identificá-las (DALAROSA, 2007).

O trabalho na enfermagem, assim como na sociedade contemporânea atual, caracteriza-se pela pressa e pelo rompimento do conceito da durabilidade que dá espaço ao caráter transitório e muitas vezes se perde a noção de família, do diálogo e até mesmo do cuidado de si (SENNETT, 2004). A ansiedade e o desejo de atingir o inatingível do trabalho material e imaterial acarretam a incerteza quanto aos resultados o que pode repercutir numa intensa sobrecarga de trabalho (TRAESEL, 2007). Assim, o profissional de enfermagem vê-se rodeado de exigências da organização, da equipe médica, dos pacientes e familiares e na tentativa de dar conta dessa demanda, acaba rompendo com os limites de sua vida pessoal e por vezes trabalhando com fome, cansado e doente. Soma-se a isso o fenômeno do envelhecimento da população e do trabalhador, o qual permanece por maior tempo no mercado de trabalho e por vezes apresenta dificuldades para se adaptar aos ritmos e exigências laborais.

Em consonância com essa problemática, esta dissertação originou-se a partir das vivências de trabalho como enfermeira folguista¹ em diversas unidades de internação de pacientes adultos do Hospital Nossa Senhora da Conceição, nas quais identifiquei conflitos, ansiedade e outras manifestações da equipe de enfermagem que traduziam o descontentamento e por vezes a frustração na realização de seu trabalho. Associado a isso, a participação nos projetos e encontros do Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO), as reflexões a respeito dos aspectos da organização do trabalho e sua relação com a saúde dos trabalhadores da equipe de enfermagem instigaram a minha motivação pelo tema.

¹ No HNSC existem as enfermeiras chamadas folguistas que substituem as enfermeiras titulares das unidades quando estas estão de descanso semanal remunerado.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição é um hospital público de ensino que faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), o qual é referência no atendimento do Sistema Único de Saúde sendo considerada a maior rede pública de hospitais do sul do país (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2010). O enfermeiro, nessa instituição, ao atuar como folguista passa por diversas unidades, cada uma com suas peculiaridades, as quais atendem a pacientes de diferentes especialidades clínicas e cirúrgicas. Desses setores, a unidade de internação adulto da pneumologia e cirurgia torácica é uma das que requer maior atenção. É uma das maiores unidades em número de leitos (51), na qual cerca de 30% dos pacientes necessitam de cuidados intermediários ou semi-intensivos e onde alguns profissionais da equipe de enfermagem demonstram cansaço e insatisfação que são manifestados por meio de comportamentos e conversas informais que sugerem a existência de fatores que podem estar gerando sofrimento no trabalho. Esse fenômeno se reflete, também, na assistência aos pacientes e é evidenciado pelo registro de queixas de descontentamento e insatisfação da clientela.

Na abordagem da psicodinâmica do trabalho, o trabalho é insubstituível na construção da identidade e da saúde, assim, jamais é neutro em relação à saúde do trabalhador, favorece sua saúde ou o adoecimento e (DEJOURS, 1991). Neste sentido, tem papel fundamental na relação saúde-adoecimento uma vez que as condições físicas e as relações organizacionais exercem impactos sobre a saúde física e mental do trabalhador.

Diante do exposto, questiona-se: Que características definem o contexto e a organização do trabalho dessa unidade de internação? Quais os fatores que podem estar causando prazer ou sofrimento no trabalho? Como os profissionais de enfermagem percebem a relação entre suas vivências laborais, a organização do trabalho e sua saúde?

Nesta perspectiva, por meio da metodologia de estudo de caso (STAKE, 1998), pretende-se compreender, a partir do referencial teórico da psicodinâmica do trabalho, a relação entre a organização do trabalho e a saúde (prazer e/ou sofrimento psíquico) da equipe de enfermagem dessa unidade de internação. Espera-se, portanto, contribuir com informações e proposições que favoreçam a reflexão e o conhecimento na área da saúde do trabalhador de enfermagem, além de propiciar informações e elementos para

construir intervenções e estratégias que visem o bem-estar, a plena capacidade para o trabalho e a qualidade de vida pessoal e profissional, promovendo, assim, a saúde ocupacional desses trabalhadores.

2 OBJETIVOS

A presente investigação tem como objetivos:

2.1 Objetivo Geral

Compreender, a partir do referencial teórico da psicodinâmica do trabalho, a relação entre a organização do trabalho e o prazer e/ou sofrimento da equipe de enfermagem de uma unidade de internação de pacientes adultos de um hospital público de ensino.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o contexto organizacional de uma unidade de internação de pacientes adultos de um hospital público de ensino;
- Compreender a dinâmica e a organização do trabalho desta unidade de internação;
- Conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem sobre a vivência de prazer e sofrimento nesta unidade de internação sua relação com a saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A fim de compreender o prazer e sofrimento no âmbito do trabalho de enfermagem hospitalar, buscou-se aporte teórico a respeito da psicodinâmica do trabalho, do trabalho da enfermagem em hospital e da saúde do trabalhador de enfermagem.

3.1 Psicodinâmica do Trabalho

A psicodinâmica do trabalho tem sua origem na psicopatologia do trabalho, a qual embasava o estudo das repercussões da organização do trabalho sobre o aparelho psíquico do trabalhador. Nesse cenário, Christophe Dejours inovou, em 1980, ao publicar na França a obra *Travail: usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, traduzido no Brasil em 1987 sob o nome de *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. Em seu estudo, Dejours passou a privilegiar o estudo da normalidade sobre o da patologia, sendo utilizado o conceito de psicodinâmica do trabalho (MERLO, 2002).

Para a psicodinâmica do trabalho não há neutralidade na relação trabalho e saúde do trabalhador, uma vez que é no trabalho que o ser humano procura realizar seus desejos e necessidades podendo este ser fonte de satisfação ou, em condições desfavoráveis, de sofrimento (DEJOURS, 1991). É a organização do trabalho que determina as relações entre o desejo e a motivação do trabalhador (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010).

Segundo a psicodinâmica do trabalho não se pode imputar a carga psíquica do trabalho exclusivamente à estrutura da personalidade do trabalhador. A origem desta carga está na relação do homem com a organização do trabalho, assim, uma organização autoritária pode conduzir a um aumento da carga psíquica. Por outro lado, a flexibilidade da organização do trabalho proporcionando maior liberdade ao trabalhador para rearranjar o seu modo operatório e para encontrar os gestos e ações que são capazes de lhe oferecer prazer, seria uma forma de transformar um trabalho

fatigante em um trabalho equilibrante. No entanto, não existe um modelo único de organização do trabalho que seria a solução para diminuir a carga psíquica de trabalho de todos os trabalhadores (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010).

A realidade da produção resulta das relações intersubjetivas e sociais no ambiente de trabalho (DEJOURS, 2004). Essas relações produzem o que é prescrito para o trabalho, transformando-o em modos operatórios reais. Entretanto, o que está prescrito nem sempre é suficiente para atender à demanda e todo trabalho é sempre de concepção. A adequação entre os modos operatórios reais e a tarefa a ser desempenhada depende de como este espaço é visto pelas chefias sendo necessário o reconhecimento do direito natural dos trabalhadores investirem nesse espaço como meio potencial para o uso da inteligência astuciosa (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010).

A inteligência astuciosa surge quando são mobilizados processos psíquicos nos sujeitos ao criarem e imaginarem as regras de ofício. Essa inteligência rompe com as normas e regras e está relacionada à intuição e percepção do sujeito, sendo mobilizada quando é necessário modificar algo já estabelecido no modo operatório prescrito e que necessita ser modificado para atingir de forma eficaz os objetivos do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010).

No trabalho, a mesma atividade que produz sofrimento para alguns pode ser uma fonte de realização para outros. Essa realização parte do reconhecimento, visto que, além dos requisitos individuais dos trabalhadores, a inteligência astuciosa requer a validação social que está no reconhecimento do seu trabalho pelo coletivo a que este pertence. Dessa forma, para que a inteligência astuciosa apareça, é necessário que o sujeito perceba o sentido do seu trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010; DEJOURS, 2004).

Negar o saber do trabalhador é uma atitude pretensiosa que pode ser nociva, situação que muitas vezes é amenizada pelos laços de cooperação criados pelo coletivo, uma vez que para responder às exigências cotidianas do trabalho, as regras do trabalho prescrito são contornadas (NUNES, 2000; LANCMAN; SZNELWAR, 2004). Nesse contexto surgem as regras de ofício técnicas e éticas pautadas por relações de confiança entre os trabalhadores (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010). Estas

nada mais são do que formas de trabalhar em conjunto encontradas pelos próprios trabalhadores para responder ao trabalho prescrito. E para a saúde, é essencial que o trabalhador tenha controle sobre o seu trabalho. A ausência de familiaridade com a tarefa, do poder e de um limite subjetivo impulsionam a criação de novas formas de trabalho buscando o controle por meio de ações coletivas (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010; SATO, 1995; DEJOURS, 1992).

Assim, os trabalhadores desenvolvem estratégias defensivas que podem ser eficazes ou não diante das situações reais de trabalho causando prazer ou levando ao adoecimento. Portanto, o trabalho pode ser fonte de prazer ou sofrimento.

3.2 O Trabalho da Enfermagem Hospitalar

A organização do trabalho é um compromisso entre o organizador e o executor da atividade a qual ocorre por meio de negociação entre as partes envolvidas. É uma relação social, uma aliança entre objetivos, prescrições e dificuldades para a realização do trabalho (LANCMAN; UCHIDA, 2003).

A organização do trabalho em saúde, em especial, na enfermagem hospitalar, ainda sofre forte influência do modelo taylorista/fordista, uma vez que é marcante a divisão entre o trabalho intelectual e o braçal, o primeiro, realizado com maior frequência pelos enfermeiros e o segundo, pelos técnicos e auxiliares de enfermagem. No entanto, por mais braçal que qualquer tipo de trabalho seja, o mesmo terá sempre uma dimensão intelectual, uma vez que “todos os homens são intelectuais, ainda que nem todos exerçam trabalhos exclusivamente intelectuais” (GRAMSCI, 1989, p.7). No contexto hospitalar predomina o modelo clínico de atenção que revela a supremacia do trabalho médico na organização do trabalho (DAL PAI, 2011). A centralidade do profissional médico em relação ao diagnóstico, aos exames complementares, ao uso de equipamentos, à terapêutica medicamentosa, à internação e à alta hospitalar embasam o modelo clínico de atenção, instituindo, assim a supremacia do trabalho médico (PIRES, 2008). O trabalho em saúde, apesar da dimensão coletiva do processo terapêutico, reúne poderes que determinam reconhecimentos desiguais na colaboração de cada grupo profissional (DAL PAI, 2011). Na área da enfermagem, a prática do

cuidado ainda permanece sobre forte influência do modelo biomédico do qual emerge uma visão prática e reducionista do cuidado (BORGES; PINHEIRO; SOUZA, 2012; TESSER, 2009).

Na maioria das instituições hospitalares a equipe de enfermagem representa o percentual quantitativo e orçamentário mais significativo, o que torna este segmento de trabalhadores o mais visado quando o problema é redução de custos (GAIDZINSKI, 1998). Nessa direção, a enfermagem vem trabalhando para comprovar de forma fundamentada que a inadequação numérica e qualitativa de recursos humanos prejudica a assistência à saúde livre de riscos e aumenta o absenteísmo por doença dos trabalhadores (LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007), causando sérios prejuízos aos pacientes, trabalhadores e a instituição, lembrando ainda que esta última pode ser acionada legalmente por falhas ocorridas resultantes da sobrecarga de trabalho e da deficiência da qualidade da assistência prestada.

Dessa forma, na busca da melhoria na relação custo-benefício na assistência à saúde torna-se indispensável o emprego de indicadores que avaliem de forma objetiva a condição clínica do paciente e a necessidade de cuidados que esse requer. Tais indicadores de cuidados são cada vez mais necessários para a real quantificação de pessoal nas diferentes unidades hospitalares uma vez que é crescente a complexidade dos quadros de saúde dos pacientes (CUCOLO; PERROCA, 2010a; QUEIJO, 2002).

O Instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca é um desses indicadores e é utilizado regularmente no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre que foi o local deste estudo. Este instrumento foi construído com base nas peculiaridades do cuidado de enfermagem seguindo uma estruturação mediada pela avaliação de indicadores que são pautados nas necessidades humanas básicas preconizadas por Wanda Aguiar Horta (CUCOLO; PERROCA, 2010b; PERROCA; GAIDZINSKI, 1998; PERROCA, 1996).

O instrumento é composto por 13 indicadores: Estado Mental e Nível de Consciência; Oxigenação; Sinais Vitais; Nutrição e Hidratação; Motilidade; Locomoção; Cuidado Corporal; Eliminações; Terapêutica; Educação à Saúde; Comportamento; Comunicação e Integridade Cutâneo- Mucosa. Tais indicadores são pontuados de um a cinco onde o valor um corresponde ao menor nível de atenção de enfermagem e o valor

cinco, ao nível máximo de complexidade assistencial. A soma dos valores obtidos em cada um dos indicadores fornece a classe ou categoria de cuidado a que este paciente pertence: cuidados mínimos (13 a 26 pontos), cuidados intermediários (27 a 39 pontos), cuidados semi-intensivos (40 a 52 pontos) e cuidados intensivos (53 a 65 pontos) (PERROCA; GAIDZINSKI, 2002).

No entanto, além da gravidade e complexidade do quadro de saúde dos pacientes, o trabalho em saúde, em especial o da enfermagem, é constituído de inúmeras dimensões que envolvem relações e interações humanas. Sendo o ser humano o fim e o ator desse trabalho, torna-se inerente a subjetividade imbricada no mesmo.

Por estas características, o labor da enfermagem trata-se de um trabalho imaterial, uma vez que seus produtos são intangíveis. O “cuidar de alguém” está imerso nos universos somáticos e corpóreos, no entanto, os afetos que produz são imateriais a medida que requer contato e interação humana (HARDT; NEGRI, 2006). Dessa forma o trabalho da enfermagem não pode ser mensurado em todos os seus aspectos, uma vez que envolve contato e relações humanas.

3.3 A Saúde do Trabalhador de Enfermagem

Nas últimas décadas, o trabalho de enfermagem tem sido caracterizado como insalubre, penoso e estressante (WELSH, 2009; GUTIERREZ; CIAMPONE, 2007; LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007; SHIMIZU; CIAMPONE, 2004). Este é permeado por situações de pressão, por exposição frequente a agentes que podem ser nocivos à saúde, ao sofrimento alheio, bem como pelo sentimento de incapacidade ou impotência diante de situações, as quais, muitas vezes, parecem sem solução (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2007). A intensa carga psíquica, assim como os mecanismos de controle e supervisão dessa atividade laboral são apontados como fatores que geram estresse, depressão e outros distúrbios psíquicos nos trabalhadores de enfermagem, o que leva a altos índices de afastamento ao trabalho (WELSH, 2009; LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007).

São vários os fatores apontados na literatura que determinam os agravos à saúde desses trabalhadores. Alguns estudos evidenciam a gravidade e a diversidade desses agravos, os quais decorrem do desgaste biopsíquico a que está submetido esse grupo laboral (WELSH, 2009; LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007; SHIMIZU; CIAMPONE, 2004). Dentre os danos se destacam com maior frequência as doenças osteomusculares, seguidas pelos transtornos mentais e comportamentais (REIS et al, 2003; PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, 2002). Nesse sentido, Dalarosa e Lautert (2009) apontam o trabalho em turnos como um fator contribuinte para o estresse e, como consequência, influencia no aparecimento de doenças cardiovasculares, em especial, doenças coronarianas. Estes dados apontam para a necessidade dos gestores de instituições de saúde ficar atentos para o surgimento do sofrimento psíquico no trabalho, uma vez que os arranjos laborais podem ser indutores da carga psíquica dos trabalhadores.

Para enfrentarem esta carga, os trabalhadores utilizam algumas medidas de proteção. As estratégias individuais e/ou coletivas de defesa surgem diante do sofrimento no trabalho quando os profissionais tem dificuldade para lidar com a organização do trabalho. Tais estratégias são fundamentais para que as pessoas continuem trabalhando e atenuem o sofrimento, em contrapartida podem desencadear a alienação para amenizar o sofrimento (DEJOURS, 1999).

Nesta perspectiva quanto mais inflexível e rígida for a organização do trabalho, menor poderá ser a adaptação do trabalhador ao conteúdo significativo do trabalho e as possibilidades de mudá-lo, causando, assim, o sofrimento (DEJOURS, 1992). Dessa forma, a prática reflexiva e crítica sobre a organização das atividades laborais e de suas relações no coletivo constitui um ponto fundamental na busca de estratégias práticas enfrentamento.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A fim de atingir os objetivos propostos para esta pesquisa, foi realizado um estudo descritivo com abordagem qualitativa que seguiu os pressupostos metodológicos de estudo de caso, o qual aborda a complexidade e as peculiaridades de um caso particular a fim de buscar a compreensão das circunstâncias em que um determinado fenômeno acontece (STAKE, 1998).

A abordagem qualitativa foi escolhida, pois permite visualizar questões muito particulares, se ocupa com um nível da realidade que não pode ser quantificado, com um conjunto de características humanas (aspirações, valores, crenças, atitudes) o qual é parte da realidade social, uma vez que o universo da produção humana ocorre num mundo de relações, representações e intencionalidade que dificilmente poderia ser traduzido por indicadores apenas quantitativos (MINAYO, 2008).

4.1 Campo, Contexto e Sujeitos do Estudo

O estudo foi desenvolvido em uma unidade de internação de pacientes adultos do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. O hospital faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), o qual é composto, também, pelo Hospital Cristo Redentor (HCR), Hospital Fêmeina (HF), Hospital da Criança Conceição (HCC) e 12 unidades básicas de saúde (UBS) que compõem o Serviço de Saúde Comunitária (SSC). O GHC é referência no atendimento do Sistema Único de Saúde sendo considerada a maior rede pública de hospitais do sul do país (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2010).

O grupo encontra-se vinculado ao Ministério da Saúde atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e atua de forma integrada à rede de saúde municipal e regional, atendendo à população de Porto Alegre, da região metropolitana, do interior do Estado do Rio Grande do Sul e de outros estados da federação. Com 1535 leitos, o GHC é responsável pela internação de 59,8 mil pacientes por ano. No total, o GHC conta com uma equipe de 7444 trabalhadores contratados por meio de processo

seletivo público seguindo o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2010).

A unidade de internação de pacientes adultos (UIP) do HNSC escolhida para a realização do estudo de caso foi a de pneumologia e cirurgia torácica, a qual conta com 51 leitos, posto de enfermagem, salas de lanche, de materiais e expurgo.

Na unidade internam pacientes vinculados ao SUS portadores de problemas pneumológicos e em situação de pré ou pós-cirurgia torácica. Eventualmente, são internados, também, pacientes de outras especialidades. Em geral, os leitos estão quase sempre ocupados (taxa de ocupação de 98,9%). Os pacientes da unidade caracterizam-se por apresentar quadros clínicos instáveis, muitos deles em uso de oxigênio terapia e dispneicos, com doenças crônicas respiratórias e cardíacas, os quais reinternam na unidade com certa periodicidade. Além disso, é grande o número de pacientes acamados que necessitam de maior tempo a ser despendido pela equipe de enfermagem principalmente quanto aos cuidados de higiene e conforto. É norma da instituição o uso do Instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca, realizado via sistema informatizado pelos enfermeiros, quando os pacientes internam na unidade a fim de avaliar a necessidade de cuidados de enfermagem para cada um. O percentual de pacientes que necessitam de cuidados intermediários ou semi-intensivos fica em torno de 30%, regularmente.

O quadro de trabalhadores da equipe enfermagem desta unidade é composto de quatro enfermeiros, 12 técnicos de enfermagem e 18 auxiliares de enfermagem, distribuídos em turnos (manhã, tarde, noite 1 e noite 2). Eventualmente, passam pela unidade enfermeiros folguistas e auxiliares e técnicos de enfermagem que fazem banco de horas² ou horas extras no setor. A equipe de enfermagem mínima por turno é composta por um enfermeiro e sete técnicos e/ou auxiliares de enfermagem durante o dia e um enfermeiro e seis técnicos e/ou auxiliares de enfermagem à noite.

² Os trabalhadores podem utilizar o sistema de banco de horas: com a autorização da chefia imediata podem trabalhar em horário diferente do seu turno de trabalho e acumular essas horas para usá-las como folgas compensadas em outro momento. Os trabalhadores não podem exceder 50 horas em seu banco de horas.

4.2 Coleta de Dados

Na fase de coleta de dados, a atenção que se deve dar ao contexto é intrínseca ao estudo de caso (STAKE, 1998). No percurso desta investigação foram utilizadas as técnicas de pesquisa documental, observação e entrevista. A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre 01 de maio a 30 de junho de 2011.

4.2.1 Pesquisa Documental

A pesquisa documental foi realizada com a finalidade de se obter subsídios para a compreensão do contexto em que se insere este estudo. Assim como a entrevista e a observação, a pesquisa documental requer um planejamento para atender aos objetivos propostos na investigação (STAKE, 1998).

Dessa forma, foram solicitados alguns documentos referentes à unidade campo de estudo aos departamentos responsáveis do hospital (Setor de Informática, Recursos humanos, Coordenadoria de Enfermagem, Serviço de Ouvidoria), tais como: atendimentos e/ou afastamentos do trabalho por doença realizados nos últimos 12 meses pelo trabalhador, o registro de queixas e elogios da clientela, escalas de trabalho mensais e semanais das equipes.

Também foram solicitados dados referentes à taxa de ocupação de leitos da unidade, taxa de infecção, tempo médio de internação e os resultados das avaliações dos pacientes internados segundo a Classificação de Pacientes de Perroca (1996) que foram necessários para caracterizar o trabalho da enfermagem nesta unidade.

4.2.2 Observação

A observação não participante foi escolhida como uma das estratégias de coleta de dados, pois conduz o investigador a melhor compreensão do caso (STAKE, 1998).

Foi observado o trabalho da equipe de enfermagem em todos os turnos priorizando os aspectos da organização do trabalho na unidade e os comportamentos

dos trabalhadores com os colegas, pacientes e familiares ou outros profissionais. As observações foram realizadas no período de 10 a 30 de junho de 2011. Os dados da observação foram registrados em diário de campo.

Três observações foram realizadas em cada turno: a primeira no início do turno, a segunda no meio e a terceira no final do período de trabalho, tanto nos turnos de seis horas como nos turnos de doze horas, totalizando doze observações. Optou-se por realizar a observação em três momentos diferentes dos turnos para contemplar as particularidades da organização e do ritmo do trabalho no início, meio e final dos turnos.

A observação ocorreu em períodos com duração de duas horas em todos os turnos (manhã, tarde, noite 1 e noite 2). O critério para o encerramento da observação foi o da saturação de dados (MINAYO, 2008).

4.2.3 Entrevista

A entrevista é um dos caminhos principais para se chegar às múltiplas realidades do caso (STAKE, 1998).

Todos os profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) foram convidados a participarem das entrevistas. Foi realizada a modalidade de entrevista semi-estruturada. O roteiro da entrevista (APÊNDICE A) passou por um teste piloto a fim de ser avaliado quanto à pertinência das questões para o alcance dos objetivos da pesquisa e adequação da mesma.

O teste piloto foi realizado com quatro técnicos de enfermagem e dois enfermeiros, selecionados de forma intencional, que atuavam em outra unidade de internação de pacientes adultos do HNSC e com características semelhantes às da unidade campo de estudo. O teste piloto demonstrou que as questões elaboradas para as entrevistas eram pertinentes e capazes de responder aos objetivos desse estudo.

A definição do número de profissionais foi delineada ao longo da coleta, considerando o critério de saturação dos dados (MINAYO, 2008). Na abordagem realizada para as entrevistas, foi dada a opção de se realizar a entrevista fora do ambiente de trabalho conforme a disponibilidade dos participantes. No entanto, como

muitos deles trabalhavam em outros empregos nos outros turnos, a maioria optou pela realização da entrevista no ambiente de trabalho.

Assim, as entrevistas foram realizadas no local de trabalho (HNSC) e conforme combinação prévia com os participantes foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra sendo garantido o anonimato e sigilo dos participantes. O período de realização das entrevistas foi de 15 de maio a 10 de junho de 2011.

O critério de inclusão do participante para o estudo foi ter sido admitido há mais de seis meses no HNSC no momento do convite.

Os critérios de exclusão foram: profissionais de enfermagem que estivessem em férias, licença de saúde, de maternidade (no GHC são seis meses de afastamento) e/ou licença prêmio, durante o período da coleta de dados. Os enfermeiros folguistas que atuavam no setor também foram convidados a participar. Não houve recusa dos profissionais em participar das entrevistas, no entanto alguns profissionais não foram entrevistados, pois já se havia alcançado a saturação dos dados.

Participaram da entrevista 18 profissionais de enfermagem conforme distribuição do Quadro 1:

Quadro 1 - Distribuição dos participantes das entrevistas segundo o turno de trabalho, Porto Alegre, 2012.

Participantes	Manhã	Tarde	Noite 1	Noite 2
Enfermeiros Titulares	1	1	1	1
Enfermeiros Folguistas	1	0	0	0
Técnicos de enfermagem	2	1	1	0
Auxiliares de enfermagem	2	2	2	3
Total	6	4	4	4

Fonte: Autora

Na apresentação dos dados os entrevistados estão identificados pela letra E de entrevistados, seguida pelo número correspondente a ordem em que foram abordados.

4.3 Análise dos Dados

Para a organização dos materiais foi realizada a categorização de dados das entrevistas baseada na análise de conteúdo temática (MINAYO, 2008).

Os dados das entrevistas foram transcritos na íntegra e após foi realizada a leitura flutuante de todo material. Na sequência, foi realizada a pré-análise dos dados, procurando identificar os elementos referentes à organização do trabalho, prazer e sofrimento dos participantes bem como a relação destes elementos com sua saúde. A seguir foi realizada a triangulação das informações (STAKE, 1998) das entrevistas com as da observação e dos registros da pesquisa documental a cerca dos atendimentos a saúde, dos afastamentos do trabalho, dos registros de queixas e elogios da clientela, do dimensionamento de pessoal nas escalas de trabalho das equipes e da taxa de ocupação dos leitos nos 12 meses que precedem as entrevistas.

A triangulação é um método empregado nas pesquisas com o objetivo de buscar a precisão e explicações alternativas que não fiquem fundamentadas na intuição/percepção (STAKE, 1998). A análise de diferentes materiais (dados presentes nos documentos, entrevistas e observação) visa a apreensão de elementos que possibilitem compreender como ocorre a relação entre a organização do trabalho, o prazer/sofrimento e a saúde do trabalhador de enfermagem.

Para a análise dos dados foi utilizado o referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 1991), pois se pretendeu conhecer a relação do trabalhador com a organização do trabalho e a carga psíquica ou seja o prazer e/ou sofrimento desta equipe de enfermagem em seu cotidiano laboral.

4.4 Considerações Bioéticas

O presente projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO A) e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição (ANEXO B) e

está em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (1996).

Aos servidores que se propuseram a participar das entrevistas foi solicitado o aceite em participar expresso por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e aos responsáveis pelos departamentos que forneceram os materiais para a pesquisa documental foi entregue um Termo de Responsabilidade pelo uso dos Dados (APÊNDICE C) devidamente assinado. Os CDs com os arquivos das gravações das entrevistas foram destruídos e as transcrições das entrevistas serão guardadas por cinco anos, após serão destruídas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos por meio das observações, pesquisa documental e entrevistas buscou-se reunir um conjunto de elementos capazes de responder aos objetivos dessa pesquisa. Procurou-se compreender, a partir do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, a relação entre a organização do trabalho e o prazer e/ou sofrimento da equipe de enfermagem dessa unidade de internação adulto de um hospital público de ensino.

Os dados foram classificados por diferenciação e após por reagrupamento formando, assim as unidades de registro as quais deram origem às unidades de contexto (MINAYO, 2008).

Para a apresentação dos dados iniciou-se pela caracterização da unidade de Pneumologia e Cirurgia Torácica, a organização do trabalho na unidade, fatores de prazer no trabalho, fatores de sofrimento no trabalho, estratégias de enfrentamento do sofrimento e sugestões para melhoria do trabalho na unidade.

5.1 A Unidade de Pneumologia e Cirurgia Torácica

A unidade de pneumologia e cirurgia torácica é uma unidade extensa onde internam pacientes, em sua maioria, com doenças respiratórias crônicas (DRC), os quais reinternam com certa periodicidade. As doenças respiratórias crônicas são doenças que atingem tanto as vias aéreas superiores como as inferiores. As mais comuns são asma, rinite alérgica e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Representam um dos maiores problemas da saúde pública mundial, cuja prevalência vem crescendo entre crianças e idosos (BRASIL, 2010).

A fim de caracterizar a unidade campo de estudo, optou-se por descrever as características da unidade e da equipe de enfermagem que atua no setor.

5.1.1 Características da Unidade

A unidade de internação campo de estudo é uma unidade considerada extensa pela área física com muitos leitos e de alta demanda para o cuidado assistencial, em especial para a enfermagem. Com uma taxa de ocupação que muitas vezes supera os 95% recebe pacientes, em sua maioria, com doenças pulmonares crônicas. A DPOC é uma das principais causas de internação na unidade e foi responsável por 170 mil admissões no SUS em 2008, com permanência média de seis dias (BRASIL, 2010).

Segundo dados do Ministério da Saúde a maior taxa de internações pela patologia está na Região Sul do Brasil e tem provável relação com as temperaturas mais baixas, principalmente nos meses de inverno. Entre 2000 e 2005 ocorreram em média 33000 mortes anuais por DPOC e esta patologia encontra-se entre a quinta e sexta das principais causas de morte no Brasil, sendo o custo anual por paciente estimado em US\$ 1.522,00, quase três vezes o custo per capita da asma (BRASIL, 2010).

Conforme a tabela1, a taxa média de ocupação anual da unidade está próxima da taxa do HNSC, e o tempo de permanência dos pacientes na unidade supera em dois dias o tempo do hospital em geral.

Tabela 1 – Taxa de ocupação dos leitos e tempo de permanência dos pacientes internados do HNSC e da UIP, Porto Alegre, 2011.

	HNSC	UIP
Número de leitos	829	51
Taxa de ocupação anual de leitos em %	97,8	95
Tempo médio de permanência dos pacientes em dias	10,1	12,7

Fonte: GI, HNSC, 2011.

Ao analisar estes dados se destaca que tanto na taxa de ocupação anual dos leitos como no tempo médio de permanência dos pacientes no HNSC estão incluídos os pacientes cirúrgicos e clínicos.

Os pacientes de algumas especialidades clínicas, como a pneumologia, são em grande parte idosos que tendem a permanecer internado por períodos de tempo maior devido às suas patologias de base, o que é o caso da UIP. De acordo com Santos (2007) em um estudo realizado num hospital universitário e Belém no estado do Pará, o tempo médio de permanência em idosos ficou em torno de 16 dias, sendo semelhante aos perfis nacionais, e esse tempo prolongado de permanência predispõe ao maior risco de infecção hospitalar e a outras complicações.

Quanto às características dos pacientes atendidos na unidade, os entrevistados relatam que aumentou a complexidade de suas condições clínicas e relacionam este fato à existência e a melhora da qualidade de alguns recursos no setor saúde, tais como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), rede básica de saúde, avanços da medicina por meio de exames e novos tratamentos, entre outros:

É, a pneumo, sempre foi assim, é verdade que a gente tem tido pacientes mais graves a cada ano até mesmo pela própria condição dos pacientes que antes, de repente, tinham morbidades e acabam indo a óbito [...] eu acho que como eles tem hoje mais acesso, ao SAMU, a emergência, a medicação, a postos de saúde, eles acabam tendo uma sobrevida muito maior [...] então nós temos hoje uma característica de pacientes mais graves (E-7).

As melhorias nos serviços de saúde, em especial das condições médico-sanitárias podem estar associadas ao aumento da complexidade do quadro clínico dos pacientes, visto que a expectativa de vida do brasileiro ao nascer vem aumentando ao longo dos anos indicando melhora da saúde dos indivíduos e que alguns quadros clínicos complexos, que no passado os levavam ao óbito precocemente, hoje são tratados e asseguram uma sobrevida maior (IBGE, 2010; SANTOS, 2007; CHAIMOWICZ, 1998). Nesse contexto, de acordo com dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), a expectativa de vida ao nascer chegou a 73,5 anos em 2010, superando a média das últimas três décadas que estava em 62 anos (IBGE, 2010).

Nas falas dos entrevistados, tanto enfermeiros, quanto técnicos e auxiliares de enfermagem informaram que o número de pacientes por trabalhador diminuiu com o passar dos anos, no entanto, reiteraram que a demanda de trabalho não diminuiu, pois devido à complexidade da condição clínica dos pacientes, aumentou a necessidade de

cuidados. Segundo os trabalhadores, houve épocas em que um auxiliar de enfermagem atendia catorze pacientes, hoje atende em torno de sete a oito pessoas quando a escala mínima de profissionais está completa.

Na verdade o número de pacientes eu acho que deu uma diminuída [...] mas a complexidade do paciente aumentou, tem muito mais patologias [...] é tudo mais complexo [...] aparentemente diminuiu o número de pacientes para a gente cuidar, mas parece que aumentou o trabalho [...] no tempo que eu cheguei aqui eu ficava com 10 pacientes, hoje em dia são sete, oito, mas tu trabalha muito mais porque aumentou as patologias[...] (E-3).

Uma equipe de enfermagem reduzida pode levar a queda na qualidade³ do cuidado prestado, pondo em risco a segurança dos pacientes e os próprios profissionais que passam a trabalhar num ritmo acelerado para dar conta do trabalho prescrito. Além disso, as internações hospitalares passam a ser mais prolongadas aumentando o custo para as instituições de saúde (CUCOLO; PERROCA; 2010a; QUEIJO, 2002). Nesse sentido, Dejourns, Abdoucheli e Jayet (2010) afirmam que entre o homem e a organização prescrita, às vezes, existe um espaço de liberdade no qual o trabalhador molda o seu modo operatório para atender às demandas do que está prescrito tentando adaptá-lo às suas necessidades. No entanto, quando essa mudança chega ao seu limite e a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada, o sofrimento e a luta contra ele passam a dominar.

Além da complexidade dos pacientes, os profissionais relataram dificuldades para executar o trabalho devido ao arranjo da área física da unidade; uma das principais queixas da equipe de enfermagem é o número de leitos dentro das enfermarias. A maioria possui cinco leitos que ficam muito próximos um do outro, o que dificulta a movimentação e principalmente o atendimento em caso de intercorrências. Durante as observações pode-se acompanhar o atendimento de uma parada cardiorrespiratória em que ficou evidente o obstáculo do “espaço físico” exíguo. Para poder atender o paciente que estava em parada cardiorrespiratória, os trabalhadores

³ Entende-se que o conceito de qualidade é abrangente e complexo, como definido por diversos autores que se dedicam a esta área, entre eles, Donabedian (1980; 1990). Seu significado inclui aspectos de relacionamento interpessoal, de conforto proporcionado pelo cuidado e de acesso e continuidade do atendimento nos serviços de saúde.

necessitaram deslocar os outros leitos da enfermaria e remover cadeiras e mesinhas de refeição para o corredor. Dois pacientes que estavam lúcidos e orientados retiraram-se da enfermaria para dar espaço ao atendimento. A precarização do espaço físico nas enfermarias pode ser ilustrada pelos dois trechos de entrevistas abaixo:

[...] A área física não favorece [...] tem muitos leitos em determinados quartos [...] (E-3).

[...] não tinha tanta coisa entulhada dentro dos quartos ...tem quarto com muita poltrona, muita cadeira [...] então um quarto destes nossos tem 5 leitos, 5 mesinhas, 5 criados-mudos, aí tem quarto com 2-3 cadeiras, 2-3 poltronas, mais o sacão aqueles de lixo [...]então quando dá uma parada...tu sente que a área física não dá condições...tem que jogar o que puder para rua com rapidez para poder atender o paciente. (E-2).

De acordo com a RDC nº 50 (ANVISA, 2002), a qual dispõe sobre o regulamento técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, as unidades de internação para pacientes adulto devem ter para cada 30 leitos: um posto de enfermagem/prescrição médica, uma sala para exames e curativos, um quarto para isolamento, no máximo seis leitos por enfermaria com uma distância mínima de um metro entre leitos paralelos, um sanitário para pacientes que atenda a no máximo duas enfermarias, sala de utilidades, rouparia, sanitários para os trabalhadores e para o público, depósito para material de limpeza, depósito para equipamentos e materiais.

Conforme a observação realizada, se verificou que o espaço físico não é adequado a sua finalidade. Há mais de 30 leitos na unidade (51 leitos) com apenas um posto de enfermagem. As maiores dificuldades ocorrem, principalmente, nos quartos onde há cinco leitos, o que dificulta muito o atendimento, devido à falta de espaço para circulação. A sala para guarda de materiais é a mesma em que se acondicionam os produtos de limpeza e higiene, inexistente sala para exames e curativos os quais são realizados nas próprias enfermarias com ou sem biombos, pois estes são escassos e não há cortinas para separar um leito do outro. Os pacientes que estão em condições de deambular, retiram-se da enfermaria quando há atendimento de urgências ou a necessidade de realizar algum procedimento. E também não tem sanitários para o público.

Percebeu-se que neste espaço físico inadequado, torna-se difícil manter a privacidade do paciente, tanto no que se refere ao cuidado corporal, quanto nos atendimentos de intercorrências ou mesmo para entrevistas e orientações. Conforme Soares (2010), em seu estudo, dentre os fatores de risco mencionados pelos enfermeiros que dificultam o planejamento e a implementação de estratégias para a preservação da privacidade do paciente no ambiente hospitalar, aparecem a deficiência de recursos humanos e materiais, a falta de tempo e a inadequação do ambiente físico.

Em janeiro de 2012, após a coleta de dados da pesquisa em pauta houve uma modificação na distribuição dos leitos da unidade. Foi retirado um leito de cada quarto da pneumologia que tinha cinco leitos. No entanto, a UIP recebeu um quarto a mais para a cirurgia torácica, totalizando 49 leitos. Em maio de 2012, os quartos que tinham quatro leitos voltaram a ter cinco leitos devido a superlotação do serviço de emergência.

Outras desvantagens da área física relatadas nas entrevistas e também observadas é a localização do posto de enfermagem o qual não fica localizado na região central da unidade o que dificulta o acesso aos quartos mais distantes em caso de intercorrências. Outra dificuldade é sua localização muito próxima ao elevador de visitas.

O elevador de visitas serve para atender todo o quarto andar do hospital, no qual estão localizadas, além da UIP, as unidades de internação dos serviços de psiquiatria, gastroenterologia, neurologia, cardiologia, medicina interna, infectologia e também os ambulatórios da pneumologia, hospital dia da infectologia, serviço social e suporte nutricional. A localização do posto de enfermagem próximo a este elevador favorece com que os visitantes, pacientes e acompanhantes, com frequência, solicitem informações a respeito de pacientes e médicos das demais unidades do andar. Informações, que na maioria das vezes, os profissionais de enfermagem da UIP não possuem. Este fato torna a equipe de enfermagem alvo de muitas queixas no serviço de ouvidoria do hospital, uma vez que a maioria das informações requisitadas pelos visitantes é desconhecida à equipe de enfermagem da UIP por não se referir à unidade. O serviço de ouvidoria do hospital, ao receber as queixas, as encaminha à chefia do serviço, a qual solicita esclarecimentos e que o problema seja sanado.

O corredor da unidade é caminho para os ambulatórios da pneumologia e para o Hospital Dia do Serviço de Infectologia. Sendo assim, nas observações ficou evidente o grande número de familiares, profissionais da saúde e de outras categorias circulando pelo local o que causa algum transtorno e também pode favorecer o aparecimento de infecções hospitalares.

Segundo a sensibilidade ao risco de transmissão de infecção a unidade é considerada área semicrítica, uma vez que é ocupada por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. Assim, conforme a RDC nº50, cada quarto de internação deve ser provido de instalações sanitárias próprias sendo obrigatório instalar-se, um lavatório/pia no ambiente, para uso da equipe profissional, além de saboneteira para sabão líquido e de toalheiro com papel descartável. Ainda, cada quarto ou enfermaria de internação deve ser provido de banheiro exclusivo e de um lavatório/pia para uso da equipe de assistência em uma área anterior à entrada do quarto/enfermaria ou mesmo no interior desses, fora do banheiro, onde cada lavatório/pia externo ao quarto ou enfermaria pode servir a, no máximo, quatro quartos ou duas enfermarias (ANVISA, 2002). Na unidade há apenas um lavatório externo localizado no corredor entre os quartos e um no posto de enfermagem.

A UIP fica localizada no quarto andar do HNSC e de frente para uma grande avenida. No entanto, apesar da avenida ser movimentada, observou-se que a poluição sonora proveniente do ambiente externo ao hospital é menor que a advinda do ambiente interno. O número de pessoas circulando no corredor e conversando, e o ruído resultante da movimentação dos carrinhos da nutrição e de higienização são estridentes.

Em estudos realizados em unidades de terapia intensiva, percebeu-se que os níveis elevados de ruído predispõem ao aparecimento de estresse, alterações do sono e até mesmo alterações psicológicas, e os efeitos psicológicos vinculados à exposição a níveis elevados de ruído podem resultar em distúrbios comportamentais o que não deixa de ser uma resposta fisiológica ao estresse (NETO et al, 2010; PEREIRA et al, 2003) .

Segundo estudo, profissionais expostos ao ruído ocupacional intenso apresentam até quatro vezes mais risco de serem vítimas de acidentes de trabalho (CORDEIRO et al, 2005). Quando o trabalhador fica exposto de forma prolongada ao barulho pode ocorrer perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR) que é uma patologia progressiva de caráter permanente (SAMPAIO NETO et al, 2010). Assim, o tempo de exposição ao ruído influencia na probabilidade de ocorrer perda ou redução da capacidade cognitiva (TORRES et al, 2007; DINIZ; GOMES JUNIOR; ARAUJO, 2007, BITENCOURT et al, 2007) .

A associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) recomenda como níveis aceitáveis de ruído nos diversos ambientes hospitalares 35 dB no período noturno e 45 dB no período diurno (ABNT, 1990; ABNT, 2000). A OMS indica a necessidade de proteção auricular aos profissionais quando os níveis de ruído forem iguais ou superiores a 55 dB. No entanto, é preconizado pela NR17 (BRASIL, 1999) que para o trabalho ser seguramente executado, o ruído aceitável deve ser de no máximo 65 dB.

Acorda-se com Macedo et al (2009) que se valoriza pouco o conforto sonoro no ambiente hospitalar e muitas vezes, na concepção dos projetos hospitalares, encontra-se a inviabilidade como barreira para a busca de soluções que visem a redução sonora. Essa inviabilidade pode ocorrer tanto pela dificuldade da área física, como pela falta de recursos financeiros em algumas instituições.

Nessa perspectiva, a precarização da estrutura física e a localização da unidade são fatores importantes que influenciam a dinâmica e a organização do trabalho na unidade.

5.1.2 A Equipe de Enfermagem

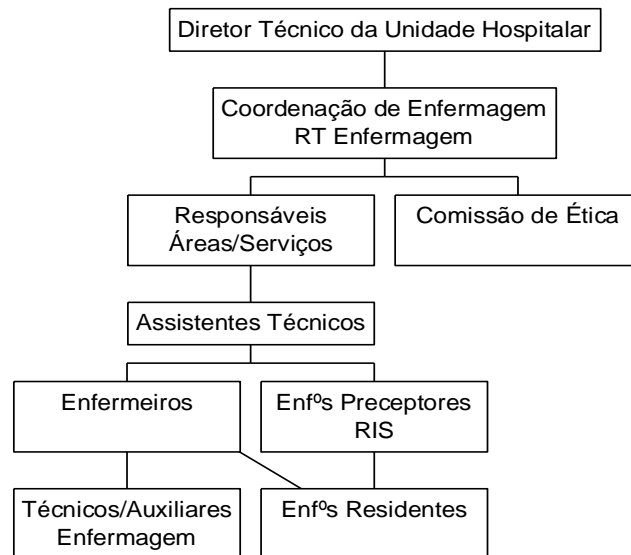
No HNSC, assim como no GHC, a enfermagem tem como missão desenvolver ações de atenção integral a saúde dos usuários, com excelência e eficácia, respeitando os princípios éticos, técnicos e científicos da categoria, mantendo-se em consonância com a missão do Grupo Hospitalar que é “desenvolver ações de atenção integral à saúde para a população, com a excelência e eficácia organizacional, através de seus recursos tecnológicos e humanos, programas de ensino e pesquisa, atuando em

parcerias com outras entidades, fortalecendo o Sistema Único de Saúde e cumprindo, assim, a sua função social” (GHC, 2012, p. 4). O GHC utiliza como referência a interação entre assistência, ensino e pesquisa e os princípios do SUS de integralidade, equidade e universalidade.

Assim como no grupo GHC, as equipes de enfermagem do HNSC atuam respeitando o organograma a seguir:

Ilustração 1 – Organograma do gerenciamento das equipes de enfermagem do HNSC, Porto Alegre, 2012.

Organograma Geral Enfermagem GHC



Fonte: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2012.

Nas unidades de internação os técnicos e auxiliares de enfermagem são chefiados pelos enfermeiros correspondentes a cada turno de trabalho (manhã, tarde, noite 1 e noite 2), os quais atuam como gestores das unidades e são respaldados pelas suas chefias, os responsáveis pelas áreas e serviços e os assistentes técnicos. Estes últimos trabalham em conjunto com o responsável técnico de enfermagem que responde ao diretor técnico da unidade hospitalar. Os cargos de diretor técnico da unidade hospitalar e dos responsáveis pelas áreas e serviços são ocupados pela categoria médica. A coordenação de enfermagem e os cargos de assistentes técnicos

da coordenação são ocupados por enfermeiros. O coordenador de enfermagem responde pela Responsabilidade Técnica da enfermagem, tem mandato de um ano, cuja renovação ocorre mediante eleição.

No HNSC trabalham 305 enfermeiros, 835 técnicos de enfermagem, 808 auxiliares de enfermagem e quatro atendentes de enfermagem, totalizando 1952 profissionais de enfermagem. Na UIP, trabalham quatro enfermeiros, 12 técnicos e 18 auxiliares de enfermagem resultando em 34 profissionais de enfermagem. No número de enfermeiros não estão incluídos os enfermeiros folguistas que fazem plantão na unidade periodicamente. Dos profissionais de enfermagem, 27 (79,4%) são do sexo feminino e sete (20,6%) do sexo masculino.

Os entrevistados tinham idade variando entre 22 e 60 anos, com média de 35 anos, os trabalhadores da noite apresentaram maior idade e tempo de trabalho na unidade. A média geral do tempo de trabalho dos entrevistados na unidade foi de 6,76 anos, sendo as médias dos turnos diurnos menores em relação à noite devido a maior rotatividade de trabalhadores do dia.

Tabela 2 - Média do tempo de trabalho dos trabalhadores de enfermagem entrevistados da UIP, Porto Alegre, 2011.

Tempo de Trabalho	Manhã	Tarde	Noite 1	Noite 2
Tempo Médio de Trabalho no Hospital (anos)	2,9	7,3	16,37	14,25
Tempo Médio de Trabalho na Unidade (anos)	1,5	4,3	9,9	11,37

Fonte: Autora.

A rotatividade do pessoal de enfermagem ou *turnover* representa um grande problema para os gerentes de enfermagem implicando de forma significativa na qualidade do cuidado e em custos para a instituição (NOMURA; GAIDZINSKI, 2005). O alto índice de *turnover* na enfermagem é oneroso, traz prejuízo às instituições de saúde e pode ser um indicativo de que algo precisa ser melhorado. A cada saída de um servidor do setor é necessário tempo e pessoas para auxiliarem os novos trabalhadores na adaptação, isso também gera custos e instabilidade nas relações da equipe de

enfermagem, que diante da demanda de trabalho que a unidade apresenta, muitas vezes, não consegue auxiliar os novos trabalhadores de forma adequada.

De acordo com estudos internacionais, os fatores causadores do abandono da força de trabalho em enfermagem além da aposentadoria são a procura por um trabalho menos estressante e fisicamente menos exigente, horários mais regulares, desejo de maior rendimento e melhores oportunidades de progresso na carreira (JOIN COMMISSION RESOURCES, 2008).

Quanto ao número de dias de afastamentos (por atestados médicos) dos profissionais de enfermagem por doença em doze meses (de junho de 2010 a junho de 2011), verificou-se o número de 82 dias na unidade e 3397 dias no HNSC.

Tabela 3 – Número de dias de afastamento por doença (ATM) dos profissionais de enfermagem do HNSC e da UIP, em 12 meses. Porto Alegre, 2011.

Local	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem	Auxiliares de Enfermagem	Atendentes de Enfermagem	Total
HNSC	382	1394	1604	17	3397
UIP	-	35	47	-	82

Nota: - = zero

Fonte: GI, HNSC, 2011.

Dentre os afastamentos para tratamento de saúde na unidade em estudo (UIP), um deles foi de um auxiliar de enfermagem devido à doença mental enquanto no NSSC ocorreram 55 afastamentos por esta mesma causa. A média de afastamentos dos profissionais de UIP foi de 2,41 dias, superior a do hospital que foi de 1,7 dias.

A ausência do trabalhador ao seu local de trabalho, também denominada absenteísmo ou ausentismo, pode ser demonstrada pelos atrasos, ausências e faltas dos trabalhadores para a sua jornada de trabalho (PENATTI; ZAGO; QUELHES, 2006). Trata-se de um fenômeno multifatorial que traz prejuízos tanto para o trabalhador, como para as organizações, constituindo um desafio para as instituições (MARQUES; MARTINS; SOBRINHO, 2011).

No entanto, nem sempre o absenteísmo (ausência do servidor ao trabalho) tem sua origem no próprio trabalhador. Chiavenato (2000) destaca que as causas do absenteísmo podem estar na organização por meio do empobrecimento das tarefas, falta de estímulo, condições desagradáveis do trabalho, precária integração do empregado à organização, impactos psicológicos da direção e supervisão ineficiente.

Nesse sentido, para Dejours (1992) o absenteísmo é um meio de enfrentamento diante de um trabalho “adoecedor”, seria uma forma de escape do trabalhador quando este chega ao limite na busca do equilíbrio diante da insatisfação no trabalho. Assim, o afastamento por atestado médico pode ser visto como reflexo da saúde física e/ou mental do trabalhador expondo o seu limite diante da situação em que se encontra.

Os dados referentes à equipe de enfermagem em estudo demonstram que semelhante a outros hospitais, os trabalhadores do noturno possuem mais tempo de instituição e em consequência são mais velhos, trabalham em sistema de turnos e tem uma proporção um pouco maior de licenças para Tratamento da Saúde ao serem comparados com os trabalhadores de enfermagem dos demais setores do hospital,

Para compreender a relação entre a organização do trabalho e o prazer e/ou sofrimento da equipe de enfermagem da UIP foram consultados documentos, realizados encontros com os trabalhadores e realizadas observações da dinâmica de trabalho.

Os resultados apresentados no Quadro 2 emergiram das informações provenientes das observações, pesquisa documental e entrevistas.

Quadro 2 - Distribuição das categorias temáticas, subcategorias e temas que emergiram dos materiais das entrevistas, pesquisa documental e observação. Porto Alegre, 2012.

Categorias temáticas	Subcategorias	Temas
A Organização do Trabalho na Unidade	A fragmentação do trabalho	Individualismo das equipes O imprevisto
	A imprevisibilidade	Pacientes instáveis Falta de material Licenças Médicas frequentes dos trabalhadores
	A sobrecarga de Trabalho	Grande volume de atividades Constrangimento do trabalho mal feito Unidade “Pesada” Área física inadequada
Fatores de prazer no trabalho	O Trabalho em Equipe	Valorização do trabalho pelos colegas
	A melhora do paciente	Resultado do trabalho bem feito
Fatores de sofrimento no trabalho	A morte e/ou o mau prognóstico do paciente	Pacientes crônicos Cuidados intermediários semi-intensivos (Perroca, 1996).
	A falta de reconhecimento dos pacientes e da chefia	Queixas da clientela
	Medo do erro pela sobrecarga de atividades	Cuidados semi-intensivos Falta de pessoal
	Sentimento de Impotência	Falta de envolvimento dos familiares na recuperação do paciente Difícil acesso a equipe multiprofissional Retrabalho diante das prescrições médicas incompletas
Estratégias de enfrentamento do sofrimento	O trabalho em equipe	União da equipe do turno de trabalho
	Dar conta do trabalho	Superar dificuldades
Sugestões para melhorias	Melhora da Estrutura Física	Leitos, elevadores, localização e ampliação do posto de enfermagem.
	Dimensionamento do quadro de pessoal	Aumento do quadro de pessoal da enfermagem e administrativo

Fonte: Autora.

Os materiais referentes as diferentes categorias profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), foram analisados conjuntamente uma vez que a essência do trabalho da enfermagem esta no trabalho do coletivo. Assim, as categorias apresentadas na sequência contem dados provenientes da equipe de enfermagem sem diferenciação por profissional.

5.2 A Organização do Trabalho na Unidade

O trabalho em saúde é permeado por relações e encontros entre sujeitos (usuários e trabalhadores), os quais diferem em seus desejos, coeficientes de poder, saberes e interesses (DAL PAI, 2011). Assim o contexto organizacional é o espaço onde se dão esses encontros e relações.

A organização do trabalho numa abordagem psicoeconômica da relação homem trabalho, nada mais é do que a vontade do outro que recorta o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho. O trabalhador, de certa forma é despossuído de seu corpo físico e nervoso, passando a agir conforme a vontade e determinação da instituição (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010).

Dejours (1992 p. 26) define a organização do trabalho como “a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidades etc”. Nesse sentido, Oliveira (2003) refere que para ser realizado, o produto do trabalho passa por vários processos de trabalho e por vários trabalhadores, sendo a organização do trabalho a divisão dos homens em postos diferentes de trabalho, para conseguir executar a tarefa.

Sendo assim, dentro da categoria organização do trabalho da enfermagem no hospital, encontraram-se três elementos que afetam a execução da atividade, quais sejam: a fragmentação do trabalho, a imprevisibilidade e a sobrecarga de trabalho.

5.2.1 A Fragmentação do Trabalho: Individualismo das Equipes e o Improviso

Na unidade campo de estudo, verificou-se a existência de várias equipes de trabalho dentro da equipe de enfermagem da unidade. Os trabalhadores entrevistados citaram a descontinuidade do trabalho do turno anterior nos seus respectivos turnos, sempre reafirmando que em seu turno o fluxo do trabalho funciona de maneira mais adequada e coerente do que nos demais. Assim, a reclamação funciona como um mecanismo de defesa coletivo adotado pelas diversas equipes dos turnos.

[...] fazem as reuniões e depois não se fala a mesma linguagem [...] todos os turnos não funcionam igual [...] isso é prejudicial ao andamento do serviço de modo geral e assim vai em 'n' coisas. (E-8).

Nas entrevistas, assim como nas observações, percebeu-se que a reclamação é um mecanismo muito utilizado na coletividade, o que torna os pequenos grupos dos turnos mais coesos e fortes no enfrentamento das adversidades de uma organização do trabalho precária.

Nessa ótica, Dejours (2004) refere que por meio de atos de linguagem comuns aos trabalhadores, a reclamação é uma possibilidade de evocar o sofrimento e a doença.

Ainda que a vivência do sofrimento seja algo singular e que o ato de reclamar, como posicionamento, traz ao sujeito a possibilidade de se estabelecer e se restabelecer no grupo uma vez que o trabalhador compartilha com seus pares o sofrimento que a organização do trabalho traz ao individual e ao coletivo (HALLACK, 2005). Dessa forma, o ato de reclamar constitui um mecanismo de enfrentamento consistente e eficiente para o grupo sendo menos oneroso do que as alternativas de defesa individuais.

No entanto, se a reclamação constitui um mecanismo eficaz, ela também, pode demonstrar que houve a falência de outras alternativas de proteção contra o sofrimento, de forma a contribuir com o conformismo, a repetição e a estagnação dos sujeitos (HALLACK, 2005).

Outra estratégia de enfrentamento coletiva utilizada pelos trabalhadores da UIP foi a idealização, como pode ser visualizado na fala a seguir:

O nosso grupo... a noite é uma maravilha, a gente trabalha unido, no meu turno eu acho que a coisa funciona muito bem porque assim nós temos uma equipe muito parceira.
(E-4)

Por meio da idealização os trabalhadores constroem uma imagem positiva de si por meio da atribuição da idealização do prazer e da estética à sua prática e ao seu local de trabalho (DAL PAI, 2011).

Dejours, Adboucheli e Jayet (2010), expõem que a ideologia defensiva por meio da radicalização dos mecanismos de defesa, em seu extremo, pode levar à violência nos grupos de trabalho como imaginário perseguidor de seus membros, o que pode levar à alienação. Nesse sentido, Hallack (2005) afirma que a reclamação institucionalizada pode desviar a atenção de todos do real motivo da reclamação, ou seja, o sofrimento gerado pela organização do trabalho.

5.2.2 A Imprevisibilidade

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho há uma lacuna entre a organização prescrita e a organização real. Nem sempre a técnica e o domínio científico são suficientes para dar conta do trabalho real que ocorre no domínio do cotidiano laboral e suas experiências, uma vez que o real é marcado pela imprevisibilidade. É nesse momento que o trabalho realmente é produzido visto que o sujeito, para realizar a tarefa, utiliza sua inventividade, sua imaginação e inovação frente ao imprevisível (OLIVEIRA, 2003).

Na unidade em estudo, a imprevisibilidade é uma constante e se faz presente por meio do quadro instável dos pacientes, eventual de falta de materiais para a execução das atividades, atestados médicos e afastamento de trabalhadores devido à licença saúde. Durante a coleta de dados, a unidade, assim como o HNSC, estiveram trabalhando com casos de *Enterococos* Resistente à Vancomicina (VRE), o que dificultou ainda mais a organização do trabalho na unidade, uma vez que os quartos

onde estavam os pacientes com VRE positivo necessitavam de servidor exclusivo a fim de evitar a contaminação cruzada.

[...] então tu não consegue te organizar muito porque é muito grande e tu vai fazendo o que dá mais a demanda que vai surgindo, programação não tem muito e agora com esses isolamentos tá muito imprevisível a unidade eu nunca sei, muda de um dia para outro que é isolamento ou não e então as vezes a quantidade trabalhadores tem que pensar um dia antes e as vezes falta no outro dia, é difícil de prever (E-5).

Outra questão importante a ser citada é a alta rotatividade de profissionais, principalmente nos turnos diurnos. A cada vez que um novo trabalhador inicia suas atividades na unidade é necessário que alguém acompanhe e treine essa pessoa, a qual nem sempre irá adaptar-se ao ambiente organizacional.

[...] o que atrapalha muito é a falta de trabalhadores, a troca de funcionário para outro setor, isso atrapalha bastante, ter que receber pessoas novas e ter que estar sempre treinando pessoas, até pegar o ritmo demora, tem pessoas que não se acertam com o serviço [...] eu tenho fazer uma escala que fique o mínimo de pacientes [...] mas as vezes é impossível [...] alguém fica sempre sobrecarregado...e com os isolamentos é pior...dependendo do curso [...] se é pan-resistente ou VRE aí piora a situação [...] (E-11).

A precarização de alguns serviços, tal como o funcionamento limitado dos elevadores, também influencia na imprevisibilidade. Como não há equipe de transporte para exames, quando um paciente necessita realizar exames em outro setor do hospital, o trabalhador responsável pelo paciente naquele dia, o leva ao local onde fará o exame. Se o elevador estiver parado para conserto ou limpeza ou ocorrer qualquer imprevisto nesta atividade, ocorrerá um atraso na realização do trabalho prescrito, o que vai impactar no final do processo de trabalho do dia.

[...] o que não dá para ver é elevadores quebrados, além de estares com a escala pesada, você ainda tem a responsabilidade de levar o paciente até o exame e ainda buscar [...] então é mais uma forma de você se ausentar dos pacientes e você ficar ausente [...] é muito difícil isso [...](E-3).

A falta de material é um fator que tem grande influência sobre a qualidade do cuidado prestado. Na época da coleta de dados, havia apenas um aparelho para oxímetro funcionando na unidade, os demais estavam em conserto. Alguns

trabalhadores compraram oxímetros portáteis de dedo para trabalhar. Cabe destacar que esta unidade é destinada a internação de pacientes com problemas pneumológicos para os quais o oxímetro é um importante instrumento para aferição da saturação sanguínea.

Outro problema referente à falta de material eram as reclamações da equipe do turno da noite em relação à do diurno, atribuindo a ausência de material a falta de solicitação do mesmo pela equipe do dia. No entanto, por diversas vezes, muitos materiais estavam em falta no hospital, e as equipes tinham que tentar improvisar para manter a qualidade na assistência ao paciente, tanto a noite como durante o dia.

[...] as vezes falta material porque o pessoal do dia não pediu [...] de vez em quando o pessoal da noite não tem [...] é bem complicado [...] é bem difícil trabalhar [...] não sei como são nos outros postos, mas aqui é assim. (E-2)

Nessa perspectiva, frente à imprevisibilidade para execução da tarefa e que o trabalho prescrito não é suficiente para dar conta do real, os sujeitos necessitam utilizar a inteligência e a inventividade, contestando a divisão tradicional do trabalho entre trabalho de concepção (intelectual) e o de execução (manual) (OLIVEIRA, 2003).

Conforme a teoria da Psicodinâmica do Trabalho, frente às dificuldades encontradas no decorrer do trabalho os sujeitos mobilizam suas habilidades individuais de forma a criar as “regras de ofício” as quais são princípios reguladores construídos pelos próprios trabalhadores que estão relacionados ao trabalhar em conjunto, estabelecendo relações de confiança entre os pares. Ao criarem as “regras de ofício”, os sujeitos utilizam um tipo de inteligência relacionado à percepção e a intuição, a chamada “Inteligência astuciosa”, a qual rompe com as normas e regras do trabalho prescrito (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010).

Assim, a adequação entre os modos operatórios reais e a tarefa a ser desempenhada depende de como este espaço é visto pelas chefias sendo necessário o reconhecimento do direito de os trabalhadores investirem nesse espaço como meio potencial para o uso da inteligência astuciosa (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET 2010).

5.2.3 A Sobrecarga de Trabalho

Na área da saúde, em especial na enfermagem, os trabalhadores realizam atividades que podem ser consideradas de risco para a saúde, uma vez que estão expostos a diversos riscos tais como: diferentes tipos de patologias infecciosas, radiações ionizantes, agentes biológicos e de outros tipos, além de jornadas de trabalho extensas, que muitas vezes não estão adequadas ao perfil cronobiológico do trabalhador.

Gonzáles (2001), após a análise das cargas de trabalho na enfermagem descreveu-as como biológicas, químicas, mecânicas, físicas, fisiológicas e psíquicas, e estas últimas teriam relação com o estresse, ritmo acelerado de trabalho, insatisfação, necessidade de atenção constante, trabalho parcelado e repetitivo, horas extras, responsabilidades, falta de comunicação, de criatividade e de autonomia.

Durante a coleta de dados da pesquisa em pauta, se percebeu que todos os tipos de cargas de trabalho citadas estavam presentes na organização do trabalho na unidade campo de estudo. Nos relatos, observações e análise de documentos, verificou-se que a unidade era considerada complexa pelo grande fluxo de atividades, área física inadequada e número insuficiente de profissionais para atender a demanda, uma vez que quase todos os dias eram necessários trabalhadores de outras unidades ou turnos para fazerem banco de horas ou horas extras para completar o quadro. No, entanto, houve dias em que o quadro de pessoal ficou incompleto e as equipes trabalharam intensamente durante todo turno no setor.

[...] nós temos hoje uma característica de pacientes mais graves tá [...] isso é uma característica que a gente percebe..mas a unidade sempre foi uma unidade pesada, uma unidade de bastante demanda [...] a complexidade aumenta e suas demandas aumentam[...] sempre foi uma unidade pesada, uma unidade grande, de área física e de nº de pacientes, mas em função da demanda, tanto administrativa quanto do próprio paciente, ela tem piorado a olhos vistos. (E-5).

Diante da grande demanda de trabalho e da pressa para dar conta do prescrito dentro do tempo estipulado, muitas vezes os profissionais de enfermagem deixavam de suprir algumas de suas necessidades fisiológicas, tais como alimentação e eliminações.

[...] essa unidade por ser uma unidade pesada, uma das mais pesadas do hospital a gente acaba ficando numa sobrecarga de trabalho muito grande, tem dias que a gente não consegue parar para tomar café, às vezes é uma correria e demora p/ poder ir ao banheiro. (E-11).

Traesel e Merlo (2011) referem que o parar para pensar, conversar e o cuidado de si, muitas vezes, são vistos pelos profissionais de enfermagem como perda de tempo. Sennett (2004) expõe que esse é o ônus de viver na atual sociedade, a qual o autor denomina como sociedade impaciente, onde se perde a noção de durabilidade e de valores, como por exemplo, da família, da interlocução e do cuidado de si.

O trabalho na unidade campo de estudo é visto como pesado e repetitivo, e por envolver também trabalho afetivo, torna-se impossível mensurar em sua totalidade os resultados desse processo. Ao mesmo tempo, a desigualdade de domínio de cada indivíduo sobre o seu processo de trabalho pode gerar um sensação de trabalho sem fim.

[...] é um posto pesado [...] e isso se torna cansativo, repetitivo [...] porque daí tu faz, faz, faz e não tem resultado[...] (E-10).

[...] não consegue manter muita sequencia no trabalho porque tem muita demanda, tem muito problema de comunicação [...] às vezes se trabalha muito e muita informação se perde [...] acaba sobrecarregando muito o trabalho e tu acaba atendendo mais intercorrências, não consegue fazer um cuidado mais integral assim com o paciente, tu entra no quarto e vê os pacientes de uma forma mais rápida para conseguir ver todos e fazer tudo que precisa [...] (E-5).

O trabalho da enfermagem traz consigo a divisão técnica da atividade, herança do modelo fordista/taylorista de produção que absorve características da manufatura. Dessa forma, no trabalho em saúde o objeto de trabalho é fragmentado pelo parcelamento de tarefas e do saber, onde a desigualdade de domínio de cada trabalhador sobre o seu processo de produção é fator fundamental para sua compreensão (PIRES, 2008; PITTA, 2003; DESLANDES, 2002).

Em relação ao trabalho da equipe de enfermagem na UIP, esta unidade é considerada tanto pelos enfermeiros, como pelos técnicos e auxiliares de enfermagem como “pesada” e difícil para ser gerenciada por apenas um enfermeiro ao turno.

[...] a unidade sempre foi uma unidade pesada, uma unidade de bastante demanda, principalmente para um enfermeiro [...] (E-7).

[...] com um enfermeiro só numa unidade tão grande acabo me sentindo mal porque acabo realizando o trabalho numa qualidade que eu não gostaria [...] porque os pacientes que estão estáveis a gente acaba vendo rapidamente na beira do leito, a gente não interage ou não avalia da maneira que eu gostaria de avaliar. (E-5).

Na área da saúde, assim como nas demais empresas do setor produtivo, programas de acreditação, qualidade total e outros buscam avaliar a “qualidade” dos serviços prestados. A respeito disso Dejours (2004) refere que após a virada neoliberal, a evolução contemporânea das formas de organização do trabalho, da gestão e da administração tende a sacrificar a subjetividade em nome da competitividade e da rentabilidade. Na assistência de enfermagem, a inadequação numérica de profissionais pode levar à sobrecarga de trabalho, e com isso à queda da qualidade nos cuidados prestados tendo influência direta na segurança do paciente (CHAGURUTU; VALLABHAMENI, 2005).

Diante da inadequação numérica e da precariedade da organização do trabalho, muitos dos profissionais sentem não estão “dando conta” do seu processo de trabalho, como se este fosse desqualificado.

[...] fica difícil para a gente estar num turno dando conta além das intercorrências e de ver e fazer visita na beira do leito dos outros pacientes. Fica meio complicado, eu me sinto fazendo um trabalho desqualificado [...] (E-12).

A fala de E12 reforça os dados das observações e da análise documental. Frente a grande demanda de trabalho da unidade, percebe-se o esforço dos trabalhadores para realizarem o trabalho prescrito, no entanto elementos da estrutura e organização da instituição dificultam a realização desse trabalho.

5.3 Fatores de Prazer no Trabalho

A busca pelo prazer já foi o cerne de profundas reflexões. O prazer como eixo da vida humana foi abordado pelo hedonismo que dominou o pensamento grego primitivo, retornando com maior influência no pragmatismo anglo-saxão. Em contrapartida, o

catolicismo do século XIX tinha grande autoridade sobre a sociedade e foi bem rigoroso em relação ao prazer, tanto que o liberalismo do final do século XIX não foi bem visto pela sociedade da época (DIMATOS, 1999).

Na psicanálise, Freud (2002) refere que os homens, em seu comportamento, seguem uma dicotomia de objetivos: a ausência de sofrimento e de desprazer ou a experiência de intensos sentimentos de prazer. Segundo o autor, a maioria das pessoas trabalha sob a pressão da necessidade, e, quando for de livre escolha, a atividade profissional passa a ser fonte de satisfação, uma vez que por meio da sublimação utilizam-se inclinações existentes, impulsos instintivos (pulsionais) (FREUD, 2002).

Nessa perspectiva, os profissionais reagem de forma diferente às diversas situações de trabalho, sendo constituídos de sua história de vida pessoal e sua necessidade de prazer, na qual a organização do trabalho torna-se fundamental para os elementos penosos ou favoráveis para o funcionamento do aparelho psíquico do trabalhador. Assim, os sujeitos podem experimentar vivências de prazer e/ou de sofrimento no trabalho, as quais se manifestam por meio de sinais e sintomas particulares (DEJOURS, 1992).

Nesse sentido, Dejours (1992) aponta que a organização do trabalho tem uma ação específica sobre o homem cujo impacto é o aparelho psíquico. Nessa ótica, o prazer relaciona-se à satisfação de necessidades apresentadas pelo sujeito e para o trabalhador diante da organização do trabalho resulta da descarga de energia psíquica autorizada pela tarefa (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010).

Nesse contexto, foram encontradas duas grandes fontes de prazer no trabalho para os trabalhadores da UIP: o reconhecimento do trabalho pelos pares e a melhora do paciente como resultado do trabalho bem feito, as quais serão discutidas a seguir.

5.3.1 O Trabalho em Equipe: Valorização do Trabalho pelos Colegas

O prazer tem relação direta com a satisfação das necessidades dos sujeitos e, no contexto do trabalho, constitui-se como um elemento essencial para a realização dos indivíduos. Assim, quando o trabalho torna possível a criação, a inovação, e o

desenvolvimento de novos meios de execução da tarefa, esse passa a ser prazeroso (MENDES, 2008).

Na unidade campo de estudo, os sujeitos referiram que o bom relacionamento com a equipe de trabalho é fundamental para o aparecimento do prazer, como pode ser visto no relato abaixo:

Um bom relacionamento com a equipe de trabalho é fundamental [...] a gente começar a perceber que na realidade o que faz o trabalho ser bom ou não dentro do setor num hospital é a equipe de enfermagem [...] que se a equipe trabalha junto consegue tranquilamente trabalhar com os pacientes, consegue-se trabalhar com a chefia e é isso [...] o que me causa prazer é o bom relacionamento da equipe e ver que os pacientes estão melhorando e que as coisas se desenvolvem sem precedentes. (E-4).

Acredita-se que para os sujeitos da UIP, as adversidades da organização laboral são amenizadas pelo trabalho em equipe, o qual configura uma importante fonte de prazer e satisfação e um estímulo diante das adversidades encontradas no ambiente laboral. Em seus achados, Trindade (2007) referiu que o relacionamento interpessoal com os colegas no ambiente laboral destacou-se como fonte de satisfação e motivação para o trabalho de profissionais não-esgotados profissionalmente⁴.

Ainda nessa ótica, os sujeitos visualizam de forma singular as suas vivências de prazer e sofrimento no trabalho, e como experiências subjetivas, podem impulsionar a união do grupo na mobilização de esforços no coletivo buscando estratégias de defesas comuns, o que pode levar ao aumento da resistência do trabalhador diante da desestabilização psíquica e social (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010; DEJOURS, 2005). Assim o trabalho passa a ser mediador para a saúde e também fonte de prazer.

A identificação dos trabalhadores com as suas respectivas equipes de turnos e o seu pertencimento a estas equipes foi relatado como uma fonte de prazer, o que pode ser evidenciado na narrativa a seguir:

⁴ Na pesquisa de Trindade (2007) foram classificados como não esgotados ou sem a síndrome de Burnout os trabalhadores que apresentaram os menores escores nas escalas de desgaste emocional e despersonalização e os maiores em realização profissional.

Tenho uma equipe que é minha parceira, que a gente consegue fazer um trabalho qualificado, eu confio muito no trabalho delas, se elas me disserem que fizeram, eu sei que elas fizeram, se elas me dizem 'bah, não fiz', eu sei que elas não fizeram, e a gente vai lá e faz junto [...] então acho que isso é muito no trabalho, uma parte do teu trabalho é a equipe que tu tem. (E-5).

Conforme o relato de E5, expressões como “tua equipe”, “minha parceira” retratam a identificação do trabalhador com a sua equipe de trabalho e este se sente parte integrante desta equipe. Nesse sentido, o que ocorre é uma satisfação simbólica, dando sentido e significado ao trabalho, trata-se de uma vivência qualitativa da tarefa (DEJOURS, 1992). Quando ocorre esta satisfação simbólica, os profissionais mobilizam a identificação com o trabalho construindo novos significados (MAGNUS, 2009).

Outra fonte de prazer no trabalho salientada nas entrevistas e desvelada nas falas informais durante as observações foi a remuneração salarial, como pode ser visualizado na narrativa a seguir:

A terceira coisa que me traz prazer no meu trabalho é o meu salário, porque eu recebo um salário bom, tenho consciência disso, acho que a gente recebe bem [...] não ótimo, mas acho um salário bom [...] isso me dá prazer também [...] porque eu venho trabalhar com vontade de ter as minhas coisas, de chegar em casa e ter uma boa cama, um chuveiro ótimo [...] e de poder passear nos finais de semana, ir no cinema, jantar, enfim [...] essas três coisas são o cerne do meu trabalho [...] a minha equipe, os pacientes e o salário que eu recebo são para mim as coisas mais importantes (E-5).

A remuneração pode ser considerada uma fonte de motivação ou de desmotivação para o trabalhador, sendo apresentada como um dos objetivos do trabalho humano (TRINDADE, 2007). Os dados coletados por meio das entrevistas e das observações revelaram que a remuneração salarial é um estímulo para o trabalho de alguns profissionais. No entanto, esta não deve ser observada isoladamente como um fator único de estímulo, uma vez que há diversos fatores que são intrínsecos a este, tais como as condições de trabalho, a carga horária e as relações interpessoais entre as equipes multiprofissionais (TRINDADE, 2007).

Portanto, na UIP o reconhecimento do trabalho pelos colegas do turno foi considerado como uma importante fonte de prazer no ambiente laboral, a qual se

mostrou essencial para a identificação dos profissionais com o seu trabalho e com os colegas.

5.3.2 A Melhora do Paciente: Resultado do Trabalho Bem Feito

Para os sujeitos do presente estudo, outra importante fonte de prazer no ambiente laboral esta no reconhecimento do seu trabalho pelo público atendido. Nas observações realizadas ficou evidente que os trabalhadores de enfermagem da UIP ao verem o seu trabalho reconhecido pelos pacientes e familiares, passam a se reconhecerem e se valorizarem enquanto profissionais. Foram visualizadas manifestações de agradecimento por meio de cartões, cartas, caixas de bombons e até mesmo pela abordagem direta dos familiares e pacientes aos profissionais.

Os registros do serviço de ouvidoria a respeito da unidade, os quais foram consultados na pesquisa documental, mostram apenas nove registros de elogios para a unidade, entre os quais quatro são direcionados a equipe de enfermagem, quatro à equipe multiprofissional (fisioterapeuta, equipe de enfermagem, médicos e nutricionista) e um à equipe médica. As queixas, no entanto, totalizaram vinte e um registros, onde o principal motivo refere-se ao comportamento inadequado da equipe multiprofissional frente aos usuários.

Quanto ao reconhecimento do trabalho, este

[...] deve ocorrer nas duas dimensões do termo, ou seja, no sentido de constatação pelos outros da realidade da contribuição da pessoa à organização do trabalho; e em segundo lugar, reconhecimento no sentido da gratidão. O reconhecimento relaciona-se ao trabalho realizado e passa por julgamentos sobre sua utilidade (econômica, social ou técnica) e sobre sua beleza, quer dizer, sua conformidade às regras da arte e, eventualmente, sobre a originalidade de seu estilo (DEJOURS, 1999, p.97)

Nesse sentido, acorda-se com Magnus (2009) que à medida que os trabalhadores têm o seu trabalho reconhecido pelo público, sua atividade profissional adquire sentido e significado. Nos relatos a seguir é possível perceber a importância do reconhecimento do trabalho pelos usuários da UIP para estes profissionais do cuidado:

A satisfação dos pacientes quando eles vão embora, eles ficam agradecidos pelo teu trabalho e a satisfação dos meus trabalhadores, eles satisfeitos com escalas, com a sala, com a unidade, com o serviço, isso me dá prazer em vir trabalhar. (E-5)

Poder ajudar as pessoas, o reconhecimento muitas vezes delas que elas te dão [...] reconhecendo o teu trabalho, te agradecendo, que nem hoje a gente ganhou quatro caixas de bombom de uma paciente que deu alta e aí deixou uns bombons para a gente dividir, e isso dá para ver que a gente sabe que fez um trabalho bem feito. (E-7).

Para os trabalhadores da UIP, a alta dos pacientes configura-se como o resultado de um trabalho bem feito, ou seja, o sucesso das suas ações no cuidado assistencial alcança o objetivo que é a promoção da saúde representada pela alta do cliente, principalmente porque se tratam de pacientes, em geral, com problemas crônicos de saúde, que necessitam cuidados de enfermagem intermediários e permanecem hospitalizados por longo tempo.

Assim, a valorização da qualidade do trabalho prestado por meio do reconhecimento possibilita a transferência desse reconhecimento para o registro da identidade, uma vez que o sujeito busca ter reconhecido o seu fazer e não o seu ser (MAGNUS, 2009).

Portanto, os trabalhadores da UIP tem no reconhecimento do seu trabalho pelos usuários um elemento essencial para a atribuição de sentido e significado a este, e com isso passam a se reconhecer enquanto profissionais.

5.4 Fatores de Sofrimento no Trabalho

O organismo humano não é uma máquina e todo o trabalhador tem sua história passada, o que lhe confere características únicas e pessoais. Essa história pessoal existe por meio de aspirações, desejos, motivações e necessidades psicológicas que não podem ser negadas pelas organizações (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010).

Nesse sentido, às vezes, existe um espaço de liberdade entre a organização prescrita para a realização do trabalho e o labor real onde são permitidas negociações e reinvenções do modo operatório sobre a própria organização do trabalho de modo a adaptá-la às necessidades e torná-la mais congruente com o desejo do trabalhador. Quando essa negociação chega ao seu limite e a relação homem-organização do

trabalho fica bloqueada, o sofrimento passa a dominar e surge a luta contra o sofrimento o qual designa o campo que separa a saúde da doença (DEJOURS, 2010).

Oliveira (2003), apoiada na teoria da Psicodinâmica do Trabalho, destaca que existem dois tipos de sofrimentos relacionados ao trabalho: o sofrimento patogênico e o sofrimento criativo. O primeiro surge a partir do esgotamento de todos os recursos defensivos do sujeito levando-o a uma monotonia que impele um sentimento de incapacidade e de imbecilidade e o segundo é motivador da realização do verdadeiro trabalho, impulsionando o processo criativo (MENDES et al, 2010; OLIVEIRA, 2003).

Na UIP não foi diferente. Na busca de informações sobre o sofrimento no trabalho da unidade, encontraram-se elementos que se destacaram entre os diversos relatos nas entrevistas e observações realizadas. Dentre os elementos considerados pela pesquisadora como de maior visibilidade para o sofrimento no trabalho desses profissionais, destacaram-se a morte do paciente, a falta de reconhecimento dos pacientes, dos familiares e da chefia, o medo do erro e a impotência.

5.4.1 A Morte ou Mau Prognóstico do Paciente

A morte é uma etapa natural da vida e faz parte da condição humana. No entanto, a ideia de finitude e do desconhecido sobre a morte, faz com que a sociedade tente excluí-la do seu cotidiano, como um tabu, um tema que deve ser evitado. Com o avanço das tecnologias em saúde, as pessoas passaram a viver mais, e a tradição de morrer em casa mudou e a morte passou a ocorrer nos estabelecimentos de saúde. Dessa forma, visto que o trabalho em saúde também é constituído de um trabalho imaterial de relações afetivas e sociais (HARDT; NEGRI, 2006), a morte e/ou o mau prognóstico do paciente podem causar sofrimento ao trabalhador.

Quando questionados sobre sofrimento no trabalho, os profissionais de enfermagem mencionaram a morte e o mau prognóstico dos pacientes como fatores desencadeadores de sofrimento.

[...] e com relação ao paciente é a morte deles [...] nós tínhamos um paciente que tinha um kit completo de doenças... eu cheguei a torcer para que ele não fosse a óbito no meu turno [...] (E-9)

Dentre as falas, percebe-se a dificuldade de lidarem com a morte como evento multifatorial que independe única e exclusivamente do seu trabalho.

Quando a gente perde um paciente [...] que a gente acha que teria chance de melhorar [...] a gente sente [...] tem uma parte que nos toca. (E-12).

[...] já tive vários pacientes que não tinham nada para fazer [...] que tem essa situação [...] que morreram abraçados em mim e eu esperando eles morrer [...] dando aquele apoio [...] cheio de carinho... então isso eu levo para casa [...] (E-4).

Nesse sentido, concorda-se com Silva e Muniz (2011) quando descrevem que a morte de um paciente em um trabalho precário seria o extremo do impedimento da atividade do trabalhador o qual vem a sofrer por não conseguir dar o cuidado que gostaria ao paciente, conferindo-lhe a sensação de fracasso dentro do seu ofício. De tal modo, este sofrimento estaria relacionado à morte do ofício. Nesse cenário, nasce a sensação de impotência do trabalhador por não poder realizar o cuidado como julga que deveria.

A dificuldade em lidar com o mau prognóstico e/ou a morte dos pacientes é maior quando os pacientes são jovens, principalmente porque o jovem, na visão dos profissionais, teria uma vida pela frente potencializando a sensação de impotência.

[...] a gente tem assim momentos [...] quando vem um paciente mais jovem que tu vê que está bem grave ou às vezes tu vê que não tem volta...ou paciente com prognóstico que entra...que não vai sair do hospital [...] então tu fica um pouco deprimida com aquela situação. (E-9).

Os vínculos formados com os pacientes também são apontados como um fator inerente ao cotidiano do seu trabalho e que pode ser desencadeador de sofrimento.

[...] a parte psicológica as vezes me afeta, quando um paciente muito querido morre [...] não tem como separar [...] estou trabalhando há dois anos e tu sempre vê o mesmo paciente 'tu estás aqui de novo' [...] então tu tem esse convívio, tem isso [...] as vezes vê a pessoa entrar mal e sair bem [...] ou entrar mal e sair bem mal [...] (E-3).

Concorda-se com Beck (2001) que as maiores dificuldades relacionadas ao sofrimento resultante da dor e da morte do paciente encontram-se no vínculo

estabelecido e no chamado “espelhamento” realizado pelos profissionais na tentativa de imaginar-se na situação do usuário.

Portanto, os trabalhadores buscam regular o sofrimento como estratégia de adaptação à organização por meio de estratégias defensivas individuais ou coletivas que visam tornar mais amena a percepção da realidade de trabalho. Se houver o fracasso dessas estratégias surge o adoecimento (DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 2010).

5.4.2 Falta de Reconhecimento da Chefia de Enfermagem, dos Pacientes e dos Familiares.

O julgamento, a cooperação e o reconhecimento do trabalho realizado só se estabelecem quando é construída a confiança nos espaços de convivência, a qual se origina da consciência de determinados valores, de modo a permitir a alternância entre a intimidade e a visibilidade (MARTINS, 2011). Nesse sentido, Dejours (2004, p. 33) refere que “o reconhecimento do fazer confere, como acréscimo àquele que dele se beneficia, um pertencimento: pertencimento a um coletivo, a uma equipe ou a um ofício”, como foi abordado entre os fatores que causam prazer no trabalho, Por outro lado a falta de reconhecimento dos pares pode gerar sofrimento, uma vez que o trabalhador passa a não se sentir como parte do coletivo.

Na unidade campo de estudo, os profissionais de enfermagem apontaram a falta de reconhecimento do trabalho como um fator desencadeante de sofrimento. A falta do reconhecimento das chefias foi citada tanto pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, como também, pelos enfermeiros (os quais são chefias dos turnos).

[...] o teu trabalho não é reconhecido [...] é só cobrança, cobrança, cobrança; ajuda nunca tem [...] (E-4)

[...] e reconhecimento. A gente nunca ganha uma medalha de honra ao mérito por mais que trabalhe 30 horas por dia nunca vão te dar uma medalha de honra ao mérito [...] eles sempre vão dizer que está faltando e qualquer coisa que der errado, vão te responsabilizar [...] isso aí é certo, em qualquer lugar que tu vá trabalhar na enfermagem é assim [...] tu conta nos dedos [...] não conheci nenhum lugar que não seja assim [...] mas deve haver [...] uma utopia [...] em algum lugar [...] só vão perceber aquilo que tu trabalha quando tu não fizer (E-13).

A falta de reconhecimento por parte dos pacientes e familiares também foi relatada como fator desencadeante de sofrimento.

[...] parece que tu não existe [...] é só o médico que existe para o paciente e seus familiares (E-7).

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, existem dois tipos de reconhecimento, o do julgamento da utilidade, o qual é proveniente dos superiores e pode advir também dos pacientes, e o julgamento de estética, proveniente dos colegas (DEJOURS; ABOUCHELLY; JAYET, 2010). Para os entrevistados, o reconhecimento dos pacientes foi considerado como o mais importante para a sua realização no trabalho, uma vez que se origina do cuidado ao paciente, ou seja, do que dá sentido ao seu trabalho.

5.4.3 Medo do Erro pela Sobrecarga de Atividades

Nos últimos anos, os erros atribuídos aos profissionais da saúde vêm se tornando cada vez mais corriqueiros passando a ter o acompanhamento da mídia. (SANTOS et al, 2010). Nesse contexto, na maioria das organizações de saúde, a cultura frente aos erros é a da punição individual e, por medo de represálias, muitos profissionais não notificam as ocorrências de erros, e assim, prejudicam a identificação dos fatores de risco, e também a busca de alternativas capazes de impedir a repetição dos mesmos (LEHMANN et al, 2007).

A ideologia da excelência tão utilizada nos discursos gerenciais atuais tem servido de estímulo para o aparecimento de patologias como a sobrecarga, a servidão voluntária, a aceleração e as práticas de violência (FERREIRA et al, 2009). Nesse sentido, a manipulação alimentada pelo medo e pelo sofrimento no ambiente de trabalho é utilizada de forma perversa como instrumento de gestão (DAL PAI, 2011). Frente a esse cenário, nos diversos setores produtivos, o sofrimento fica facilmente oculto atrás da bandeira do progresso (FERREIRA et al, 2009).

Na unidade em questão, o medo do erro pela sobrecarga de trabalho foi citado por vários entrevistados como um fator causador de sofrimento. Relatam que o grande

número de atividades para um número reduzido de trabalhadores atrapalha a concentração na hora da realização das tarefas.

[...] às vezes eu acho que em determinadas situações a gente se dá muito, se esforça muito, trabalha demais e isso abala um pouco a concentração e deixa você mais propenso a erro [...] então é uma coisa que é o maior medo do meu trabalho é o erro [...] e essa unidade me deixa alerta constantemente [...] porque a gente tem pacientes com todos os quadros psicológicos, é isolamento, é manejo, é um carro de parada, é um estresse constante, então o meu maior medo, desespero é isso [...] (E-2).

O tipo de erro que causa mais medo aos trabalhadores da unidade é o erro de medicação, o qual foi citado nas entrevistas.

[...] é uma coisa que me dá pânico mesmo [...] é o medo de [...] os cinco certos da medicação, os cinco erros [...] que em determinadas ocasiões o nosso setor é tão pesado que as nossas escalas são tão pesadas [...] que eu acho que a sobrecarga de trabalho é uma coisa que me dá pânico, eu tenho medo de errar pelo excesso de trabalho (E-7).

Nos países em desenvolvimento o índice de erros na administração de medicação é mais acentuado pelo número insuficiente de profissionais para atender a alta demanda de cuidados, e a subdivisão do trabalho da enfermagem, com muitos profissionais que não estão capacitados para desempenhar de forma adequada as suas funções, coopera para o aumento do número de erros na administração de medicamentos (MONZANI, 2006).

Carvalho et al (1999) identificaram a falta de atenção ou distração, o cansaço, o estresse e a negligência como fatores de risco que podem levar à ocorrência de erros na administração de medicamentos. As autoras ressaltaram a importância da orientação do pessoal de enfermagem, e que as dúvidas devem ser examinadas e sanadas antes da administração e não após a ocorrência do erro, sendo esse o papel do supervisor, no caso, o enfermeiro.

Devido a grande demanda de trabalho na unidade e a presença de apenas um enfermeiro por turno, a supervisão de enfermagem, principalmente dos trabalhadores novos, fica prejudicada. Dessa forma, podem ocorrer agravos que vem a prejudicar a assistência segura e isenta de riscos ou de danos à clientela.

Eu acho que é essa frustração, às vezes, de não conseguir fazer tudo [...] e também tu não consegue acompanhar muito o funcionário [...], às vezes tu tá com um funcionário novo, tu tem que acompanhar para ver o perfil e tu não conseguis [...] há momentos, como dessa parte de administração de medicação, tu não consegue acompanhar se ele tá fazendo direitinho e às vezes vem algumas queixas dos outros turnos, assim de que ‘ficou uma medicação na gaveta, funcionário não fez [...] não tem nem como controlar isso porque não tem como eu dar conta de tudo [...]’ (E-8).

O pacientes da UIP, em geral apresentam problemas crônicos de saúde, reinternam várias vezes, e com o avanço da medicina, a cada ano, vem aumentando a complexidade no cuidado a esses indivíduos. No período compreendido entre junho de 2010 a junho de 2011, o perfil dos pacientes internados na unidade campo de estudo, conforme o Grau de Complexidade do Cuidado, segundo a classificação de Perroca (1996), chegou ao percentual de 13,7% dos pacientes que necessitavam de cuidados semi-intensivos, 25,5% os pacientes com cuidados intermediários e 60,8% os que necessitavam de cuidados mínimos. Nesse sentido, Cucolo e Perroca (2010a) referem que a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem contribui para o aumento dos índices de morbidade e mortalidade dos pacientes impactando diretamente no aumento do tempo de internação e, conseqüentemente, no aumento dos custos hospitalares.

Portanto, a fim de dar conta do trabalho prescrito para que venham corresponder às expectativas da organização sem a ocorrência do adoecimento, os trabalhadores da unidade em estudo utilizam estratégias de enfrentamento, tais como a negação do perigo e a passividade, a fim de se resguardarem de situações causadoras de sofrimento e com isso manter o seu equilíbrio psíquico.

5.4.4 Sentimento de Impotência

O sentimento de impotência é definido pela *North American Nursing Diagnosis Association* (2010, p. 210) como “a percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado; uma falta de controle percebida sobre uma situação atual ou um acontecimento imediato”.

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, o sentimento de impotência pode ser um indicativo da existência de sofrimento patológico, uma vez que este surge quando

[...] todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas. Isto é, quando não há nada além de pressões fixas, rígidas incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou o sentimento de impotência (DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 2010, p. 137).

Portanto, o sofrimento é patogênico, pois continua a causar o desequilíbrio do corpo ou da mente, de forma a debilitar os recursos mentais e psíquicos do sujeito, em virtude do esgotamento de todos os seus recursos defensivos (OLIVEIRA, 2003).

Nesse sentido, os trabalhadores da unidade campo de estudo citaram o sentimento de impotência, diante de determinadas situações, como causador de sofrimento no trabalho. Entre as situações mencionadas estão a falta de envolvimento dos familiares no cuidado ao paciente, difícil acesso à equipe multiprofissional, o retrabalho pelas prescrições médicas incompletas, entre outras.

No que tange às prescrições médicas, os trabalhadores da unidade referem que o atraso na realização das mesmas no sistema informatizado e a falta de clareza sobre os cuidados/ procedimentos previstos causa retrabalho, à medida que necessitam localizar o profissional para prescrever ou definir claramente a terapêutica proposta. Acrescenta-se o fato de que os profissionais de enfermagem, muitas vezes, estão trabalhando sob a pressão de pacientes e familiares que exigem o tratamento e cuidados, ou seja, têm que dar conta do trabalho real ao mesmo tempo em que este depende, também, do trabalho de outro profissional, o médico.

A gente se sente impotente [...] se sente impotente porque tem coisas, por exemplo, prescrições, às vezes tu chega de noite e não estão prontas, prescrição mal feita, o médico não define o que ele quer, coisas que o enfermeiro tem que resolver e chama o plantão e determinados médicos também não estão nem aí para coisa [...] isso te afeta, atrasa o teu serviço [...] o paciente fica chamando achando que tu não está dando ouvidos para aquilo que ele está reclamando e ainda te pressiona quando está junto com o familiar [...] então não tem muita alternativa [...] ou tu empurra com a barriga ou aceita ou simplesmente grita e sapateia, quando tu consegue que bom, quando tu não consegue fica quieto.(E-6)

Na unidade, a relação entre os diferentes profissionais da equipe multidisciplinar nem sempre ocorre de forma tranquila. Uma das dificuldades apontadas pela equipe de enfermagem nessa relação é a dificuldade de acesso aos demais profissionais, principalmente a equipe médica.

Desgaste com os demais profissionais, desgaste com, pela interação com a equipe multidisciplinar que trabalha naquela unidade [...] discussão e difícil acesso com equipe médica e outros profissionais, de discutir, de se estressar de ver, estresse (E-6).

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Beck (2001) realizado com profissionais de enfermagem, no qual verificou que a dificuldade de comunicação com os médicos promove a insatisfação nos trabalhadores, uma vez que diante desta situação, sentem-se desvalorizados e não conseguem criar estratégias de enfrentamento para essa conjuntura.

Quanto aos pacientes, o sentimento de impotência torna-se mais intenso quando estes passam a desmotivar-se a seguir o tratamento ou realizam as chamadas “escapadelas”, ou seja, como os profissionais dizem “não se ajudam” no tratamento. Segundo a equipe de enfermagem, isso pode ocorrer por não terem o “entendimento da sua doença”. No que se refere aos familiares, os sujeitos relataram que a falta de colaboração das famílias com o estímulo dos pacientes para seguirem a terapêutica traz a sensação de impotência aos trabalhadores.

[...] É quando tu faz, faz e vê que o paciente não está ajudando, ele deprime e não vem, não quer, não quer [...] isso me deixa aborrecida (E-4).

Às vezes o próprio paciente não tem entendimento da doença dele e das complicações [...] eles vão dar uma descida e vão fumar mesmo estando proibidos [...] essas escapadelas [...] não pode comer comida com sal e os filhos trazem [...] e a gente continua naquele estímulo ‘olha, tu está fazendo errado’, e isso é frustrante [...] a não participação da família [...] tu vê que não rende no teu trabalho por falta de envolvimento da família (E-15).

Pelos relatos de E-4 e E-15, percebe-se uma possível transferência da responsabilidade da “falta de melhora” do paciente para o familiar ou para o próprio paciente, o que pode ser uma forma de onipotência da equipe de enfermagem.

Por conseguinte, se o sentimento de impotência pode ser um indicativo da existência de sofrimento patogênico, cabe, então, à organização atentar para a subjetividade do trabalho de enfermagem na unidade campo de estudo a fim de buscar alternativas viáveis para tentar mudar essa situação.

5.5 Estratégias de Enfrentamento do Sofrimento

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, o sofrimento no cotidiano laboral é manifesto pela insatisfação com o conteúdo ergonômico e com o conteúdo significativo da tarefa. Essa insatisfação ocorre quando a realização da tarefa não apresenta um sentido ao trabalhador, não sendo importante à organização, e conseqüentemente à sua família e à sociedade. Sendo assim, o sofrimento limita o ser humano a um estado de paralisia diante da inexistência de possibilidades, inviabiliza a construção da integridade e da identidade do sujeito. Deste modo, o trabalhador passa a sentir-se inútil e de certa forma desqualificado, dando espaço ao cansaço e ao desânimo, os quais impactam de forma negativa no desenvolvimento de sua criatividade e intelectualidade (OLIVEIRA, 2003).

No entanto, os trabalhadores não são passivos diante dos fatores organizacionais desestabilizantes e causadores de sofrimento, eles protegem-se por meio da construção de estratégias de enfrentamento individuais e coletivas, nas quais o coletivo sobrepõe-se ao individual, ao privado. As estratégias coletivas de defesa podem contribuir de “maneira decisiva para a coesão do coletivo de trabalho, pois trabalhar é não apenas ter uma atividade, mas também [...] viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento” (DEJOURS, 2005, p. 103).

Na unidade campo de estudo foram encontradas estratégias de enfrentamento individuais e coletivas ao sofrimento, manifestadas principalmente pelo trabalho em equipe dos turnos para dar conta do trabalho real.

5.5.1 O Trabalho em Equipe: a União da Equipe do Turno de Trabalho

Na enfermagem, o termo “trabalho em equipe” é usado de forma corriqueira para designar os grupos formados por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que convivem no mesmo ambiente de trabalho. No entanto o trabalho em equipe na enfermagem é muito mais do que a convivência, é um processo dinâmico permeado por

relações afetivas e organizacionais que tem a confiança e a cooperação entre os pares como elementos essenciais.

De acordo com Dejours (1999), a cooperação sugere que os quebra galhos, a confiança e a atividade deôntica sejam visíveis dentro da coletividade. Nesse sentido, os trabalhadores da unidade estudo visualizam a ajuda entre os pares como forma de minimizar as dificuldades e de realizar o trabalho real. Assim, as estratégias coletivas de defesa,

[...] constituem uma forma específica de cooperação entre os trabalhadores, para lutarem juntos contra os constrangimentos e o sofrimento engendrado no real do trabalho - tais como o medo de acidente, a angustia de não ser capaz de seguir as cadências ou limites impostos, o sofrimento pela repetição continua, o tédio o medo de agressões, receio de dominação e da autoridade exercida pela chefia, ameaça de perda do lugar profissional, medo de demissão, entre outros (MARTINS, 2011, p. 85).

Nas entrevistas, assim como nas observações, percebeu-se a tendência dos trabalhadores a denominarem como “equipe de enfermagem” as microequipes de cada turno de trabalho e não a equipe da UIP como um todo. Os profissionais designaram as “equipes dos turnos” como parceiras e colaborativas, o que segundo eles, é essencial para o andamento do seu trabalho e do trabalho na unidade.

A gente está com uma equipe boa [...] eu acho que a gente consegue [...] uma equipe boa, bem participativa, um ajuda o outro, ... [...] a equipe faz diferença sim com certeza [...] tu tendo uma boa equipe que colabora, tu consegue deslanchar bem o trabalho (E-9).

O nosso grupo a noite é uma maravilha, a gente trabalha unido, no meu turno eu acho que a coisa funciona muito bem porque nós temos uma equipe muito parceira (E-4).

Nessa perspectiva, a cisão, ou clivagem (PERSON; COOPER; GABBARD, 2007), foi um dos mecanismos individuais de defesa utilizados pelos profissionais, onde o trabalhador cinde seus estados afetivos opostos de tal forma que se identifica com o que é bom, aumentando a sua autoestima e distancia de si, ou da “sua equipe do turno” as características negativas do trabalho na unidade. Essa estratégia pode ser percebida nas falas que seguem.

A nossa equipe é boa [...] já trabalhei em outras equipes, outros setores, a equipe é boa, algumas coisinhas surgem, alguns conflitos aqui outro ali e a gente tenta resolver, procura resolver, todo mundo se empenha para resolver para que tenha uma harmonia, para que o trabalho flua bem [...] o chefe também é bem legal [...] um bom chefe [...] tenta sempre mediar os conflitos e as novas situações que surgem (E-6).

A cisão identificada neste grupo é semelhante à encontrada no estudo com trabalhadores de enfermagem de um hospital de pronto socorro, em que a cisão serviu como anestesia, na qual a realidade “ruim” e deixou de ser atribuída ao trabalhador, tangenciando a consciência crítica de modo a permitir a minimização temporária dos seus efeitos sobre o aparelho psíquico (DAL PAI, 2011). Com esta atitude os profissionais de enfermagem da UIP tendem a projetar para fora do seu turno as características negativas do trabalho. No entanto esta é uma estratégia considerada um mecanismo de defesa imaturo (BOND et al, 1983; BLAYA et al, 2004; AGUIAR, 2008) e por vezes temporária e ineficaz frente ao problema.

Nas falas de E-12 e E-6, é possível perceber a existência de outra estratégia, a idealização, a qual ocorre por meio da atribuição de características positivas a equipe e a si, a qual é classificada como um mecanismo de defesa neurótico (BOND et al, 1983; BLAYA et al 2004; AGUIAR 2008). Por meio dessa modulação, os trabalhadores constroem uma imagem positiva de si por meio da atribuição da idealização do prazer e da estética à sua prática e ao seu local (DAL PAI, 2011). A idealização da equipe é uma estratégia encontrada pelo coletivo de profissionais diante da precarização da organização do trabalho na UIP, exemplificado pela fala abaixo:

Uma coisa muito legal que eu gosto de falar é que a equipe aqui ... todo mundo é muito amigo assim, no geral a gente conversa, faz as suas coisas, a gente desabafa, essa equipe eu me sinto muito apoiada nessa parte [...] meu chefe é muito legal quando a gente não tá bem, ele nota, ele olha para a gente [...] ele tem certo carinho [...] por mais que seja difícil e às vezes tu tenhas muito serviço [...] tu tendo o apoio dos colegas tu vai (E-3).

Nas entrevistas e nas observações, evidenciaram-se, também outras maneiras de enfrentamento, entre estas esta o humor como forma de elaboração do sofrimento frente às adversidades do ambiente laboral conferindo maior flexibilidade na relação que os profissionais da unidade têm com o sofrimento no trabalho. Concorda-se com Magnus (2009) que afirma que o humor é uma forma de neutralizar a ansiedade

proveniente de temas constrangedores que surgem no ambiente laboral. O uso do humor pode ser percebido nas falas que seguem abaixo:

[...] eu brinco e me dou bem com o quadro, temos um quadro muito bom aqui, todos se respeitam e eu sou muito piadista, eles riem muito comigo (E-15).

A reclamação, abordada anteriormente, também funciona como um mecanismo de defesa coletivo adotado pelas diversas equipes dos turnos.

Durante as observações foram acompanhadas algumas confraternizações realizadas pelas equipes dos turnos. Essas breves reuniões ocorriam nos próprios turnos de trabalho, na sala de lanches que também é utilizada para guardar materiais. Cada trabalhador trazia algum alimento, e em torno de uma mesa de refeição improvisada, enquanto comiam e confraternizavam também realizavam trocas de experiências, desabafos, onde não existia hierarquia. Nesse sentido, Dejours (2004) ressalta que esses momentos são oportunos para a troca de informações e aconselhamentos sobre alguns aspectos essenciais do trabalho, os quais não podem ser abordados em ambientes formais.

5.5.2 Dar Conta do Trabalho e Superar Dificuldades

Diante do sofrimento e da precarização da organização do trabalho em seu cotidiano laboral, os profissionais usam estratégias de enfrentamento para dar conta do trabalho real, uma vez que eles mesmos relataram que não importa o que aconteça, o trabalho tem que ser realizado.

Eu acredito que assim [...] tem dias que tu não estás muito legal [...] daí tu tem que fazer um esforço, daí tu deixa lá fora, fica lá, tu chega aqui e tem que fazer o teu trabalho (E-7).

[...] Diante de tanta tristeza e de tanto trabalho, eu cuido para não ter aquela calosidade emocional [...] para não ficar endurecida, porque às vezes eu noto que eu estou meio seca assim sabe [...] daí eu loco (alugo) um filme daqueles para chorar, leio um livro, peço para a colega me dar uma chamada se eu estou dando umas respostas meio ríspidas para os colegas [...] peço que eles me chamem atenção se algum dia eu tiver assim porque eu não quero desenvolver isso (E-9).

Conforme a fala de E-9, a busca de apoio externo, por meio de atividades de lazer, tais como leitura de livros e filmes também auxiliam no enfrentamento das adversidades, no entanto são estratégias voltadas à emoção, ajudam a distrair, a desviar a atenção, não resolvem o problema, mas o afastam temporariamente.

As defesas são recursos utilizados pelos indivíduos para evitar o sofrimento proveniente dos conflitos intrapsíquicos entre desejos e proibições (AGUIAR, 2008).

Aguiar (2008) e Blaya et al (2004), utilizando o instrumento *Defense Style Questionnaire* que Bond et al (1989) descreveram, buscaram identificar os fatores correspondentes aos “estilos de defesa” utilizando o agrupamento de mecanismos de defesa. Assim, quatro defesas estariam relacionadas ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão), quatro ao fator neurótico (anulação, pseudo-altruismo, idealização e formação reativa), e doze ao fator imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia autista, negação, deslocamento, dissociação, clivagem, racionalização e somatização) (BLAYA et al, 2004; AGUIAR, 2008).

Percebe-se que os profissionais da unidade em estudo, em geral, utilizam mais estratégias de enfrentamento classificadas como imaturas que maduras; tais como a clivagem e a negação, o que talvez possa ser consequência das características destes trabalhadores.

Bittencourt (2009) identificou que a inexperiência dos profissionais recém-admitidos, a impotência diante do sofrimento, da expectativa de cura e da situação limítrofe entre vida e morte como fatores capazes de expressar a resiliência de enfermeiros em oncologia. Durante as observações na UIP, ocorreu o óbito de um paciente jovem após uma parada cardiorrespiratória, e era nítido o desconforto da equipe de enfermagem diante daquela situação. Os profissionais andavam de cabeça baixa e com o semblante de seriedade, sugestivo da existência de sofrimento.

Outras narrativas referiram o apego e o vínculo, principalmente com relação aos pacientes, os quais foram citados como fonte de sofrimento no trabalho. Mas como os próprios trabalhadores relatam, o apoio do coletivo faz a diferença no enfrentamento dos infortúnios do cotidiano laboral, o que pode ser observado na fala abaixo:

Um dia uma paciente disse assim para mim “ai enfermeira, meu CA tá enraizado no cérebro, tá aqui, tá lá”[...] daí aquilo me deu um baque e eu tive que manter uma postura neutra assim com ela [...] assim..eu “ah, mas a senhora vai fazer um tratamento” [...] eu tive que me manter mas por dentro aquilo me abalou, então as vezes me abala, de eu chorar, claro não no quarto do paciente, daí eu venho aqui para salinha [...] me emocionar [...] tu acaba desenvolvendo um apego com o paciente sabe, eu acabo me apegando, mas eu não quero perder isso, [...] eu quero sentir, sofrer faz parte eu acho que isso me abala [...] e também me abala quando eu tenho que fazer curativo muito grande [...] sabe quando são uns buraco muito grande, geralmente eu peço para os colegas fazer [...] eu não sei o que eu tenho [...] eu passo mal [...] graças a Deus o pessoal sempre me apoia nessa parte quando o curativo é muito profundo ou coisa assim [...] isso me abala. (E-6)

Nesse relato se verifica um estilo de defesa imaturo (AGUIAR, 2008) para enfrentar algumas situações do cotidiano laboral e a extensão do problema da equipe da UIP, uma vez que este envolve tanto as características pessoais dos trabalhadores como a organização deste trabalho e o apoio institucional. Assim, para manter o sofrimento afastado da consciência, quer demonstrem maior ou menor maturidade emocional dos participantes, estes trabalhadores recorrem a vários tipos e formas de enfrentamento no trabalho.

Por conseguinte, esses atores sociais se expressam por meio da dimensão técnica - científica da união do grupo, da interação técnico - administrativa e de outros elementos, como a família e o ambiente externo. Por meio dessa conjugação, eles superam e resistem ao ambiente complexo e adverso da organização do trabalho na unidade em estudo.

5.6 Melhoria do Trabalho na Unidade

Ao longo da coleta de dados, percebeu-se a necessidade de melhorias tanto na estrutura física do setor como no dimensionamento de recursos humanos, o que viria a beneficiar a dinâmica e organização do trabalho na UIP. A seguir, serão apresentadas sugestões que partiram dos próprios trabalhadores e das observações da pesquisadora.

5.6.1 Adequação da Estrutura Física e Dimensionamento de Pessoal

Ao longo das entrevistas, subsidiadas pela pesquisa documental e observações, surgiram diversas sugestões que a equipe de enfermagem pontuou como imprescindíveis para a melhoria da qualidade dos serviços prestados na assistência ao paciente. Dentre os itens relacionados, aparecem desde modificações na estrutura e na área física da unidade, assim como modificações nas rotinas administrativas e de gestão.

Atualmente há uma tendência da atribuição dos altos custos da área da saúde ao quadro de pessoal, no entanto, a assistência ao paciente é permeada por relações interpessoais o que torna impossível a substituição dos profissionais por máquinas ou robôs como vem ocorrendo em outras áreas (MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNOL, 2009). Assim, há uma relação estreita entre a resolutividade e a qualidade dos serviços na área da saúde, processo em que os recursos humanos tornam-se insubstituíveis.

O aumento do número de trabalhadores foi muito citado nas falas dos participantes. Durante as observações, pode-se perceber que em quase todos os momentos observados as equipes dos turnos estavam trabalhando em escala mínima ou com trabalhadores a menos no setor pela ocorrência de Licenças de Saúde de alguns trabalhadores.

[...] quanto a quantitativo de pacientes para cada funcionário [...] a gente chega a ficar com 10 pacientes e nossos pacientes são muito dependentes, eles nos solicitam muito [...] se melhorasse isso aí, melhoraria 100%, uma boa porcentagem das condições de trabalho (E-4).

Para diminuir a demanda do enfermeiro na unidade se eu tenho uma equipe maior, digamos, hoje um funcionário fica com 9 pacientes da equipe, tem dias que ficam com 11, normalmente é 9, se eu pudesse fazer com que eles ficassem com cinco ou seis pacientes, eu poderia ter certeza que eles fariam uma assistência mais direta e portanto, eu acho que eles seriam um pouco os meus olhos lá, assim, eu acredito que assistência iria ser mais significativa e eu conseguiria fazer um pouco mais a minha parte (E-5).

O número de enfermeiros (um por turno) também foi considerado inadequado pelos sujeitos do estudo, os quais consideraram como imensa a responsabilidade desta

categoria profissional diante da organização do trabalho na unidade. Os próprios enfermeiros relataram dificuldades na gestão do processo de trabalho.

[...] eu acho que numa unidade tão extensa deveria ter uma quantidade maior de enfermeiros e maior quantitativo de trabalhadores de nível médio também. Eu acho que numa unidade dessas, tendo maior quantidade de enfermeiros e de nível médio e técnico, teria menos demanda física, seria um trabalho mais qualificado (E-6).

Em termos de área física, os elevadores são um problema não só para a UIP, como também para o Hospital. De seis elevadores, são poucos os quais cabem as camas de pacientes (apenas dois), e estes, muitas vezes estão parados para manutenção ou para a limpeza após terem transportado pacientes com germes multirresistentes e/ou que necessitam de isolamento. Em alguns casos, como nas intercorrências, para a segurança e bem estar do paciente, é contraindicado mobilizar o paciente para a maca, o que dificulta a realização do transporte.

O que não dá para ver são elevadores quebrados, além de estar com a escada pesada, você ainda tem a responsabilidade de levar o paciente até o exame e ainda buscá-lo [...] então é mais uma forma de você se ausentar dos pacientes [...] é muito difícil isso (E-4).

Assim, por diversas vezes, os trabalhadores se ausentam da unidade por tempo superior a trinta minutos a fim de transportar pacientes a outros andares para a realização de exames, saída que poderia ser evitada se houvesse uma equipe exclusiva para transporte de pacientes na instituição.

Outra dificuldade encontrada durante as observações proveniente do problema do uso dos elevadores foi ilustrada pelo caso de um paciente que estava entubado e recebendo oxigenioterapia e necessitava ser transferido para a unidade de terapia intensiva. No momento da transferência, nenhum dos dois elevadores em que cabem as camas de pacientes estava disponível, um estava parado para manutenção e o outro para limpeza. Assim, houve, durante a espera, uma tensão no semblante desses profissionais, os quais temiam pela vida deste indivíduo. Diante desse exemplo, emergem as sugestões que seguem:

Hum [...] os elevadores [...] deveria ter pelo menos mais dois elevadores nos quais coubessem as camas dos pacientes, uma vez que os elevadores realmente são um problema no hospital (E-11).

Outra sugestão que partiu dos trabalhadores foi a criação de leitos para pacientes em cuidados semi-intensivos, nos quais estariam pacientes em estado clínico mais grave, com monitorização cardíaca e/ou respiratória e que estivessem utilizando ventilação mecânica não invasiva conforme avaliação médica. Nesses leitos, estariam os pacientes graves com indicação de UTI.

Quando questionados sobre sugestões para a melhoria do seu trabalho, todos os entrevistados consideraram que a melhoria das condições de trabalho na unidade e o aumento do número de capacitações e treinamentos sobre assuntos pertinentes ao setor resultariam em maior qualidade dos serviços prestados. Os trabalhadores expressaram a necessidade de treinamentos com assuntos pertinentes ao trabalho no setor e o desejo que a equipe multiprofissional também participasse dessas capacitações.

Eu acho que tinha que ter treinamentos [...] não separadamente, eu acho que para melhorar bem a dinâmica, os nossos treinamentos da equipe de técnicos tinham que ser junto com a equipe médica também e não só com os enfermeiros. Tinham que ser treinamentos específicos para o nosso setor (E-17).

A equipe de enfermagem sugeriu a realização de reuniões de colegiado, nas quais a enfermagem também participasse. Segundo eles, as reuniões deveriam ter um caráter construtivo, de modo que fosse um espaço onde poderiam ser expressas as dificuldades da organização do trabalho no setor, uma vez que o trabalho de cada uma das categorias profissionais depende do trabalho das demais.

Tinha que ter uma mesa-redonda com colegiado [...] de conversar, nem culpar e criticar [...] conversar para ver onde que tá [...] onde a gente pode melhorar [...] porque um não funciona sem o outro [...] a equipe médica não funciona sem a equipe de enfermagem [...] nem nós sem eles, nem eles sem nós, por que é separado? (E-15)

Outra sugestão foi a da realização de reuniões periódicas com a coordenação de enfermagem, que pode ser visualizado na fala abaixo:

A minha primeira sugestão é que nós tivéssemos reuniões periódicas com a coordenação para que ela pudesse ouvir e [...] encaminhar as nossas demandas, encaminhar de forma séria, de uma forma comprometida e que na próxima reunião ela nos retornasse, isso seria uma sugestão básica (E-5).

As relações organizacionais podem ser fonte de tensão no ambiente de trabalho, uma vez que envolvem relações humanas, sociais e hierárquicas com situações conflitivas (NEGELISKII, 2010). Assim, as relações organizacionais podem ser geradoras de adoecimento, mas, em contrapartida, o surgimento de espaços de discussão nos quais se valorize os saberes dos trabalhadores pode amenizar a existência do sofrimento no ambiente laboral, transformando o sofrimento em poder criativo.

Outro problema evidenciado é o curto período da presença do secretário no setor. Os secretários ficam no setor apenas durante o dia, até às dezesseis horas, e em geral, fazem o seu intervalo no horário da passagem de plantão entre os turnos da manhã e da tarde, e que também faz parte do horário de visita, no qual os familiares mais solicitam informações. A equipe verbalizou, durante as observações, em conversas informais, a necessidade de um secretário durante a noite, uma vez que na sua ausência, é o enfermeiro que acaba assumindo esse papel.

No referente à área física, as principais mudanças que os participantes apontam são a diminuição de número de leitos em alguns quartos, a reestruturação da área física do posto de enfermagem colocando o posto na posição central na unidade e a instalação de mais lavatórios no corredor para facilitar a higienização das mãos. Segundo os sujeitos, a posição em que o posto de enfermagem se encontra atualmente é inadequada, visto que fica muito próximo ao elevador de visitas, o que atrapalha o trabalho da equipe de enfermagem, que tem que interrompê-lo a todo o momento para fornecer informações a familiares de pacientes. Como boa parte das informações que os familiares solicitam não diz respeito aos pacientes da UIP, os trabalhadores por vezes não conseguem elucidar ou encaminhar, o que resulta em registro de queixas no serviço de ouvidoria como “mau atendimento” da equipe de enfermagem.

Outra sugestão dos sujeitos foi a divisão do posto de enfermagem em dois: Pneumologia e Cirurgia Torácica. Esperam que, com dois postos, haveria dois

enfermeiros o que facilitaria a dinâmica do e a organização do trabalho da equipe de enfermagem.

Essas são algumas sugestões que resultaram da coleta de dados dessa pesquisa. Nesse sentido, espera-se que a instituição volte o seu olhar para esses trabalhadores, uma vez que a dinâmica e a organização do trabalho tem relação direta com a qualidade da assistência em saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto nesse relatório, acredita-se que foi alcançado o objetivo da presente investigação de compreender, a partir do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, a relação entre a organização do trabalho e o prazer e/ou sofrimento da equipe de enfermagem de uma unidade de internação de pacientes adultos de um hospital público de ensino.

A unidade campo de estudo foi considerada pelos trabalhadores uma unidade extensa pela área física, com muitos leitos e de alta demanda para o cuidado assistencial, em especial para a enfermagem, na qual, nos últimos anos, com os avanços da medicina, ocorreu um aumento da complexidade das condições clínicas dos pacientes. Observou-se que em um espaço físico inadequado, torna-se difícil manter a privacidade do paciente e dar qualidade ao cuidado prestado.

Por meio do método utilizado tentou-se desvelar a subjetividade encontrada nas relações que permeiam o processo de trabalho na unidade campo de estudo.

Diante da inadequação numérica e da precariedade da organização do trabalho, muitos dos profissionais sentem que não estão “dando conta” do seu trabalho, como se o seu fazer fosse desqualificado. Frente à complexidade do trabalho que a unidade exige, sugere-se que o trabalho é “mal feito” não por uma questão de falta de vontade ou qualificação dos trabalhadores, mas pela estrutura sob a qual o trabalho está organizado.

Verificou-se exposição dos trabalhadores ao sofrimento e a riscos ocupacionais no ambiente laboral. Dentre os elementos relacionados ao sofrimento no trabalho desses profissionais, destacaram-se a morte do paciente, a falta de reconhecimento dos pacientes, dos familiares e da chefia de enfermagem, o medo do erro e o sentimento de impotência.

Na tentativa de enfrentar o sofrimento proveniente do mau prognóstico e/ou da morte do paciente, os profissionais de enfermagem da unidade em estudo, tendem a naturalizar os eventos destinando-os ao esquecimento com a certeza de que outros fatos semelhantes ocorrerão novamente. A falta de reconhecimento do seu trabalho

pelos seus pares e pelos usuários também foi apontada como fato desencadeante de sofrimento. Os profissionais, no momento em que não tem o seu trabalho reconhecido pelo grupo, passam a não se sentir como parte do coletivo.

Nesse contexto, na enfermagem, o termo “trabalho em equipe” é usado de forma corriqueira para designar os grupos formados por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que convivem no mesmo ambiente de trabalho. No entanto o trabalho em equipe na enfermagem é muito mais do que a convivência, é um processo dinâmico permeado por relações afetivas e organizacionais que tem a confiança e a cooperação entre os pares como elementos essenciais.

Nas entrevistas, assim como nas observações, percebeu-se a tendência dos trabalhadores a denominarem como “equipe de enfermagem” as microequipes de cada turno de trabalho e não a equipe da UIP como um todo. Os profissionais designaram as “equipes dos turnos” como parceiras e colaborativas, o que segundo eles, é essencial para o andamento do seu trabalho e do trabalho na unidade.

Neste sentido, o julgamento, a cooperação e o reconhecimento do trabalho realizado só se estabelecem quando é construída a confiança nos espaços de convivência, a qual se origina da consciência de determinados valores, de modo a permitir a alternância entre a intimidade e a visibilidade. Assim, a fim de dar conta do trabalho prescrito para que venham corresponder às expectativas da organização sem a ocorrência do adoecimento, os trabalhadores da unidade em estudo utilizam estratégias de enfrentamento a fim de resguardarem-se de situações causadoras de sofrimento e com isso manter o seu equilíbrio psíquico.

Outra questão importante encontrada nessa pesquisa foi o medo do erro pela sobrecarga de trabalho como um fator causador de sofrimento. Os sujeitos relataram que o grande número de atividades para um número reduzido de trabalhadores influencia na concentração na hora da realização das tarefas, o que coloca em risco a segurança dos pacientes e os próprios profissionais.

No entanto, os trabalhadores não são passivos diante dos fatores organizacionais desestabilizantes e causadores de sofrimento, eles protegem-se por meio da construção de estratégias de enfrentamento individuais e coletivas, onde o coletivo sobrepõe-se ao privado. Assim, os profissionais buscam regular o sofrimento

como estratégia de adaptação à organização por meio de estratégias defensivas individuais ou coletivas que visam tornar mais amena a percepção da realidade de trabalho.

Verifica-se que os profissionais da unidade em estudo, em geral, utilizam algumas estratégias de enfrentamento imaturas; o que talvez possa ser consequência das características destes trabalhadores. Alguns principalmente os dos turnos diurnos trabalham há pouco tempo na UIP ou hospital.

No tocante da questão do prazer no trabalho na UIP, foram encontradas duas grandes fontes de prazer: o trabalho em equipe e a melhora do paciente como resultado do “trabalho bem feito”, uma vez que este reconhecimento atribui sentido e significado ao seu trabalho, e conseqüentemente, contribui para o seu reconhecimento enquanto profissional.

Diante do exposto nesse relatório, questiona-se: qual o real papel da equipe de enfermagem no cuidado em saúde? Em tempos em que o Sistema Único de Saúde (SUS) tanto enfatiza as políticas de humanização do atendimento e as suas diretrizes para melhorar o acesso e acompanhamento dos pacientes e familiares na área hospitalar, como estão as condições de trabalho desses profissionais? Qual é o papel das instituições nesse processo? E a humanização, se estende também para os trabalhadores?

Por conseguinte, essas são questões para as quais, muitas vezes, não se encontram respostas uma vez que o trabalho em saúde é permeado por relações humanas, passíveis de mudanças. Espera-se, portanto, que os trabalhadores se desacomodem buscando junto à instituição um espaço de discussão no qual possam ser ouvidos quanto as suas demandas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R.W. **Qualidade de vida e mecanismos de defesa em pacientes femininas com fibromialgia com ou sem depressão**. 2008. 110f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ANVISA. **Resolução - DC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANVISA, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10151: 2000** - Acústica: avaliação do ruído em áreas habitadas, visando o conforto da comunidade: procedimento. Rio de Janeiro: ABNT, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10152:1990** - Níveis de ruído para conforto acústico - NB 95. Rio de Janeiro: ABNT, 1990.

BECK, C.L.C. **O sofrimento do trabalhador: da banalização à ressignificação ética na organização da enfermagem**. 2001. 120f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BITENCOURT, A.G.V. et al. Análise de estressores para o paciente em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 53-9, 2007.

BITTENCOURT, A.R. **As representações do enfermeiro em oncologia: Expressões da resiliência**. 2009. 134 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BLAYA, C. et al. Versão em português do *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 26, n.4, p. 255-8, 2004.

BOND, M. et al. Empirical study of self-rated defense styles. **Arch Gen Psychiatry**, Belmont, v.40, n. 3, p. 333-8, 1983.

BORGES, J.W.P.; PINHEIRO, N.M.G.; SOUZA, A.C.C. Hipertensão comunicada e hipertensão compreendida: saberes e práticas de enfermagem em um Programa de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.179-89, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas Regulamentadoras aprovadas pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Segurança e medicina do trabalho**, 43. ed. São Paulo: Atlas, 1999. p. 644

CARVALHO, V.T. et al. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. **Rev. Latino-Am Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 7, p.67-75, 1999.

CHAGURUTU, S.; VALLABHAMENI, B.A. Aiding and abetting-nursing crises at home and abroad. **Nursing Engl. J. Med.**, London, v. 353, n.17, p. 1761-3, 2005.

CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI**: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998. p. 17-92.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CIMBALISTA, S. Algumas influências da tecnologia na organização do trabalho. **Anal. Conjuntural**, Curitiba, v. 24, n. 15, p. 7-8, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res196/96.htm>>. Acesso em: 25 Jul. 2010.

CORDEIRO, R. et al. Exposição ao ruído ocupacional como fator de risco para acidentes do trabalho. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v.39, n. 3, p.461-6, 2005.

CUCOLO, D.F.; PERROCA, M.G. Monitorando indicadores de desempenho relacionados ao tempo de assistência da equipe de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v.44, n.2, p. 497-503, 2010a.

_____. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.18, n.2, 9 telas, 2010b.

DALAROSA, M.G. **Acidentes com material biológico**: risco para trabalhadores de enfermagem em um hospital de Porto Alegre. 2007. 86 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

DALAROSA, M.G.; LAUTERT, L. Acidente com material biológico no trabalhador de enfermagem em um hospital de ensino: estudo caso-controle. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.30, n.2, p. 19-26, 2009.

DAL PAI, D. **Violência no trabalho em pronto socorro**: implicações para a saúde mental dos trabalhadores. 2011. 216f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Escola de Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

DEJOURS, C. A carga Psíquica do Trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2010. p. 21-32.

_____.; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2010.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2005.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. **Rev. Produção**. v. 14, n. 3, p.27-34, 2004.

_____. **Conferências brasileiras**: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Fundap, 1999.

_____. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Normalidade, trabalho e cidadania. **Cadernos CRP**, v. 6, n. 1, p. 13-7, 1991.

_____. Por um novo conceito de saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 27-35, 1986.

DESLANDES, S.F. **Frágeis Deuses**: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DIMATOS, A.M.M. **Prazer no Trabalho**. 1999. 112f. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

DINIZ, I.N.A.; GOMES JÚNIOR W.M.G.; ARAÚJO, G.W. Determinação dos níveis de ruído nas unidades de terapia intensiva de dois hospitais de Belo Horizonte, visando uma melhoria na qualidade de vida. In: CONGRESSO DE ECOLOGIA DO BRASIL, 8., 2007, Caxambú. **Anais...**Caxambú: Centro Universitário de Belo Horizonte, 2007. p. 1-2.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality, assessment and monitoring**: the definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Méd**, Northfield, v.114, n.11, p. 1115-8, 1990.

FERREIRA, E.M. et al. Prazer e sofrimento no processo de trabalho do enfermeiro docente. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n.2, p. 1292-6, 2009.

FREUD, S. O mal-estar na Civilização. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

GAIKZINSKI, R.R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares**. 1998. 118f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Quem somos: conheça o GHC.** Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2010. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=1>>. Acesso em: 25 Jul. 2010

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Regimento de Enfermagem do Grupo Hospitalar Conceição.** Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2012.

GONZÁLES, R.M.B. **Sufrimento na práxis da enfermagem: real ou deslocado em seu sentido?** 2001. 195f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura.** 7.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.

GUTIERREZ, B.A.O.; CIAMPONE, M.H.T. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTI's. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 6060-667, 2007.

HALLACK, F. S.; SILVA, C.O. A Reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v.17, n.3, p. 67-72, 2005.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Império.** 8.ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores de Desenvolvimento Sustentável: Brasil 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JOIN COMMISSION RESOURCES. **Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. **Cad. Psicol. Soc.Trab.**, São Paulo, v. 6, p. 79-90, 2003.

LEHMANN, D.F. et al. Every error a treasure: improving medication use with a nonpunitive reporting system. **Jt. Comm. J. Qual. Patient. Saf.**, Oak Brook, v. 33, n. 7, p. 401-7, 2007.

LEITE, P.C.; SILVA, A.; MERIGHI, M.A.B. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 41, n. 2, p. 287-91, 2007.

MACEDO, I.S.C. et. al. Avaliação do ruído em unidades de terapia intensiva. **Braz. J. Otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 75, n. 6. p. 844-6, 2009.

MAGALHÃES, A.M.M., RIBOLDI, C.O., DALL'AGNOL, C.M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafios para as lideranças. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n.4, p. 608-12, 2009.

MAGNUS, C.N. **Sob o peso dos grilhões:** um estudo sobre a psicodinâmica do trabalho em um hospital psiquiátrico público. 2009. 274f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

MANSANO, S.R.V. Transformações da subjetividade no exercício do trabalho imaterial. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 512-24, 2009.

MARQUES, S.V.D; MARTINS, G.B; SOBRINHO, O.C. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública. **Cad. EBAPE.BR.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 668-680, 2011.

MARTINS, S.R. Tempo antes do adoecer: relações entre saúde e os processos psicodinâmicos do reconhecimento no trabalho. In: MENDES, A.M. et al (Org.). **Trabalho e Saúde:** o sujeito entre emancipação e servidão. Curitiba: Juruá, 2011. p. 69-101.

MENDES, A.M. et al (Org.), **Psicodinâmica e Clínica do Trabalho:** temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, 2010.

MENDES, A. M. et al (Org.). **Trabalho e Saúde**: o sujeito entre a emancipação e a servidão. Curitiba: Juruá, 2008.

MERLO, A.R.C. Psicodinâmica do Trabalho. In: JACQUES, M.G., CODO, W. **Saúde mental e trabalho**: leituras. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 130-42.

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p.9- 29.

MONZANI, A.A.S. **A ponta do iceberg**: o método de notificação de erros de medicação em um hospital geral privado no município de Campinas-SP. 2006. 102f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

NEGELISKII, C. **O estresse laboral e a capacidade para o trabalho de enfermeiros no Grupo Hospitalar Conceição**. 2010. 80f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

NOMURA F.H., GAIDZINSKI R.R. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. **Ver. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p.648-53, 2005.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: ArtMed, 2010.

NUNES, B.O. **O sentido do trabalho para merendeiras e serventes em situação de readaptação nas escolas públicas do Rio de Janeiro**. 2000. 161f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

OLIVEIRA, N.T. Somatização e sofrimento no trabalho. **Rev. Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.1, n. 2, 2003.

PARADA, E.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; BENATTI, M.C.C. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 64-69, 2002.

PENATTI, I.; ZAGO, J.S.; QUELHAS, O. Absenteísmo: as consequências na gestão de pessoas. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 3., 2006, Resende. **Anais eletrônicos...** Resende: AEDB, 2006. Disponível em: <www.aedb.br/seget/artigos06/898_Seget_Izidro%20Penatti.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2012.

PEREIRA, R.P. et al. Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral. **Rev. Bras Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 69, n. 6, p. 766-71. 2003.

PERROCA, M.G., GAIDZINSKI, R.R. Instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca: Teste de Confiabilidade pela concordância entre avaliadores-correlação. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 245-252, 2002.

_____. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 153-168, 1998.

PERROCA, M.G. **Sistema de classificação de pacientes:** construção e validação de um instrumento. 1996. 99f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

PERSON, E.S.; COOPER, A.M.; GABBARD, G.O. **Compêndio de Psicanálise.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Anna Blume, 2008.

PITTA, A.M.F. **Hospital:** dor e morte como ofício. 5º ed. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003.

QUEIJO, A.P. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida da carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva:** Nursing Activities Score (N.A.S.) 2002. 95f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

REIS, R.J. et al. Factors related to sickness absenteeism among nursing personnel. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 616-623, 2003.

SAMPAIO NETO, R.A. et al. Ruídos na unidade de terapia intensiva: quantificação e percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Ter. intensiva.**, v. 22, n. 4, p.369-74, 2010.

SANTOS, J.O. et al. Conduitas adotadas por técnicos de enfermagem após ocorrência de erros de medicação. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 328-33, 2010.

SANTOS, M. Perfil dos Idosos Internados no Hospital Geral em Belém (Pará). **Esc. Anna Neri Ver. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 23 – 9, 2007.

SATO, L. A representação do trabalho penoso. In: SPINK, M.J.P. **O conhecimento do cotidiano:** as representações sociais na perspectiva social. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 170-82.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter:** consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 2004.

SHIMIZU, H.E; CIAMPONE, M.H.T. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.12, n. 4, p. 623-30, 2004.

SILVA, B.K. et al. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 9, n. 3, 2007. Disponível em: <[http:// www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a11.htm)>. Acesso em: 22 mar. 2009.

SILVA, N.M.; MUNIZ, H.P.; Vivência de Trabalhadores em contexto de precarização: estudo de caso em um serviço de emergência de um hospital universitário. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 821-40, 2011.

SOARES, N.V. **A privacidade dos pacientes e as ações dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar.** 2010. 102f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

STAKE, R.E. **Investigación con estudio de casos**. Madrid: Ediciones Morata, 1998.

TESSER, C.D. Three considerations about “bad medicine”. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 31, p. 273-86, 2009.

TORRES, B.O. et al. A perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR) na formação acadêmica: conhecimentos e medidas de prevenção. **Odontol. Clín. Científ.**, Recife, v. 6, n. 2, p. 151-4, 2007.

TRAESEL, E.S. **A psicodinâmica do reconhecimento**: sofrimento e realização no contexto dos trabalhadores da enfermagem de um hospital do interior do Rio Grande do Sul. 2007. 127f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TRAESEL, E.S; MERLO, A.R.C. Trabalho Imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 40-55, 2011.

TRINDADE, L. **O estresse laboral da equipe de saúde da família**: implicações para a saúde do trabalhador. 2007. 105 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

WELSH, D. Predictors of depressive symptoms in female medical-surgical hospital nurses. **Issues Ment. Health Nurs.**, London, v. 30, n. 5, p. 320-26, 2009.

ZEM-MASCARENHAS, S.H; CASSIANI, S.H.D.B. Desenvolvimento e avaliação de um software educacional para o ensino de enfermagem pediátrica. **Rev. Latino-Am. Enf.**, São Paulo, v. 9, n. 6, p. 13-18, 2001.

APÊNDICE A- ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA

Projeto de Pesquisa “A Organização do Trabalho, Prazer e Sofrimento da Enfermagem: Estudo de caso em uma unidade de internação hospitalar”

Data: Hora:

Sexo: Profissão:

Local da Entrevista:

Tempo de serviço na Unidade:

Tempo de serviço na Instituição:

- 1 Há quanto tempo você trabalha nessa unidade? Ela sempre foi assim?
- 2 Qual a sua opinião sobre a dinâmica e a organização do trabalho na unidade? Por quê? Explique.
- 3 Como você atua e convive nessa realidade diariamente?
- 4 Você se identifica e/ou se realiza com seu trabalho? Comente sua resposta.
- 5 Os aspectos mencionados influenciam a sua vida e saúde? Explique. Fale a respeito.
- 6 O que lhe causa prazer no seu trabalho? Algo lhe causa sofrimento no seu trabalho? Comente. Você teria alguma sugestão para melhorar a dinâmica e a organização do seu trabalho?

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Projeto de Pesquisa “A Organização do Trabalho, Prazer e Sofrimento da Enfermagem: Estudo de caso em uma unidade de internação hospitalar”**

Através deste documento as pesquisadoras Dra. Liana Lautert, professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Mda. Vanessa Menezes Catalan convidam você a participar do estudo que objetiva compreender, a partir do referencial teórico da psicodinâmica do trabalho, a relação entre a organização do trabalho e o prazer e/ou sofrimento da equipe de enfermagem de uma unidade de internação adulto de um hospital público de ensino.

Declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa, assim, autorizo que sejam utilizados os dados da entrevista por mim que responderei a entrevista com previsão de 30 minutos de duração a realizar-se no local de trabalho ou em outro local a ser combinado. Esta entrevista será gravada e conduzida a partir de um instrumento-guia e o uso da gravação ocorrerá sob minha autorização. Os CDs com os dados da gravação serão, após transcrição da entrevista, armazenados por 5 anos.

Declaro que fui informado(a) quanto a garantia do sigilo das informações fornecidas por mim e que estas serão utilizadas somente para fins de pesquisa. Também está assegurado o meu anonimato e não será utilizado qualquer material que possa me identificar. Estou ciente que a participação é livre e mesmo após o seu início posso recusar-me a responder a qualquer pergunta ou encerrar a minha participação.

Considero-me esclarecido(a) da proposta da pesquisa, concordo em participar da mesma.

Data: ___/___/___

Assinatura Participante

Assinatura Pesquisador

Telefone Pesquisador: (51) 84153203

APÊNDICE C - TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO USO DOS DADOS

Projeto de Pesquisa “A Organização do Trabalho, Prazer e Sofrimento da Enfermagem: Estudo de caso em uma unidade de internação hospitalar”

Eu, Vanessa Menezes Catalan, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “Enfermagem e Organização do Trabalho: Estudo de Caso em uma unidade de internação adulto de um hospital público de ensino” que tem por objetivo compreender, a partir do referencial teórico da psicodinâmica do trabalho, a relação entre a organização do trabalho e o prazer e/ou sofrimento da equipe de enfermagem de uma unidade de internação adulto de um hospital público de ensino. Para tanto, será realizada a revisão de documentos relativos ao contexto organizacional de trabalho (fluxograma do serviço, escalas de trabalho, a média de atendimentos realizados, perfil da clientela, dentre outros) a fim de descrever as circunstâncias em que atuam os profissionais de enfermagem. Os procedimentos metodológicos incluirão também a observação do local de trabalho e a realização de entrevistas com os profissionais de enfermagem. Comprometo-me a utilizar os dados coletados estritamente para esta pesquisa, os quais serão divulgados em conjunto não permitindo que sejam identificados dados confidenciais da clientela usuária deste hospital. Meu telefone para maiores esclarecimentos (51) 8415 3203 e da orientadora desta pesquisa Dra. Liana Lautert para contato (51) 3308 5171.

≡

Atenciosamente,

Vanessa Menezes Catalan
Enfermeira do HNSC/GHC
Mestranda em Enfermagem
PPGENF/UFRGS

**ANEXO A- CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
ESCOLA DE ENFERMAGEM – COMPESQ/UFRGS**



**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto PG. MS. : 47/2010
Versão: 01/2011

Pesquisadores: Vanessa Menezes Catalan
Profa. Liana Lautert

Título: A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 10 de Janeiro de 2011.

Eliane Pinheiro de Moraes

Profª. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ
UFRGS

ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO – CEP/HNSC



HOSPITAL S. SALVADOR S.A.
Av. Francisco de Sá, 158
81200-000 - Foz de Iguaçu - PR
Fone: 51 3333
CNPJ: 06.901.747/01-01

HOSPITAL DA CONCEIÇÃO
Unidade Pr. Saúde e Assistência
Bairro: Santa Rosa, 1000-000
Fone: 51 3333

HOSPITAL DEUS REDEMISSOR S.A.
Rua Santa Rosa, 27
81200-000 - Foz de Iguaçu - PR
Fone: 51 3333
CNPJ: 06.901.747/01-01

HOSPITAL NOSSA S. A.
Rua Santa Rosa, 11
81200-000 - Foz de Iguaçu - PR
Fone: 51 3333
CNPJ: 06.901.747/01-01



Ministério do Ministério da Saúde - Decreto nº 18.240/09

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 16 de março de 2011, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 11-014

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

LIANA LAUTERT

VANESSA MENEZES CATALAN

Título: A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

Documentação: Aprovados

Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC. Lembramos do compromisso de encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 16 de março de 2011.

Daniel Damétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP/GHC